CONGRÈS

DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Grenoble, imprimerie ALLIER FRÈRES,
26, cours Saint-André, 26.

CONGRÈS
DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XII[e] SESSION

Tenue à Grenoble du 1[er] au 7 août 1902

VOLUME I

Publié par le **D[r] J. BONNET,** *Secrétaire général*



RAPPORTS



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120
—
1902



RAPPORTS

SUR LES

QUESTIONS DU PROGRAMME

DES ÉTATS ANXIEUX DANS LES MALADIES MENTALES

Par le Docteur Gaston LALANNE

Médecin-Directeur de la maison de santé de Castel d'Andorte

Docteur ès Sciences

INTRODUCTION ET EXPOSITION DU SUJET

L'attention a été attirée, dans ces dernières années, sur un symptôme fréquent et encore peu étudié des névroses et des psychoses: l'*anxiété* ou l'*angoisse.* Pour ce qui est des psychoses seulement, à mesure que s'étend notre connaissance de ce symptôme, on trouve qu'il participe pour une si large part à des troubles psychiques variés, qu'on a pu envisager tout un groupe d'*états anxieux dans les maladies mentales,* fondé sur sa seule prédominance. C'est l'étude de ce groupe que nous aurons en vue dans les pages qui vont suivre.

Il nous semble tout d'abord indispensable de définir, ne serait-ce que d'une façon provisoire, les faits que nous devons envisager.

Ce qui caractérise les états anxieux, c'est l'existence, au premier plan, du symptôme *anxiété.* La question des *états anxieux dans les maladies mentales* se réduit donc, en quelque sorte, à la séméiologie de l'anxiété.

Que faut-il entendre par anxiété et états anxieux ? On chercherait vainement dans la littérature, une définition nette et précise de ces termes.

Le dictionnaire [1], empruntant les données anciennes de la médecine, nous apprend que les états anxieux sont des états d'incertitude,

[1] Littré. — *Dictionnaire de la langue française,* 1878.

de trouble et d'agitation, avec sentiment de gêne et de resserrement à la région précordiale, comprenant trois degrés : l'*inquiétude*, l'*anxiété* et l'*angoisse*.

La psychologie nous enseigne que l'anxiété peut se trouver à la base de toute émotion sous forme d'*attente*.

Les états anxieux se présentent au clinicien sous forme de malaises accompagnés de troubles circulatoires et respiratoires déterminant chez l'individu des sensations pénibles et qui, suivant l'intensité, comprennent trois degrés.

A un premier degré, c'est un sentiment de dépression, de tristesse, d'appréhension vague ; le malade est en proie à une irritabilité sans motif ; il éprouve le besoin de changer de place et il traduit le plus souvent cette instabilité en disant qu'il a des *impatiences* dans les jambes.

A un degré plus élevé, le malaise augmente, nettement localisé à la région précordiale et s'accompagnant d'une gêne marquée de la respiration. Il y a du trouble des facultés et de l'agitation motrice qui porte le malade à rechercher de nouvelles positions qu'il trouve toutes insupportables. En même temps le sujet vit dans l'attente d'événements pénibles et ses pensées sont empreintes du plus sombre pessimisme.

Enfin, au plus haut degré, nous avons l'angoisse, avec un malaise de plus en plus intense et profond, qui ébranle l'organisme tout entier et est susceptible de prendre une si grande intensité que la mort peut s'ensuivre. Elle se traduit par une oppression énorme, allant jusqu'à la suffocation, avec pâleur de la face, sueurs froides, pressentiments lugubres, crainte de la mort. « L'impression produite par l'angoisse sur les foyers de la vie est quelquefois si cruelle, que les malades, pour exprimer cette douleur profonde et intolérable, la comparent à celle que produirait une main de fer ou d'airain qui s'appesantirait sur la poitrine et viendrait saisir et presser les organes de la circulation et de la respiration[1]. »

Comme ces deux derniers états ne sont que des variétés d'un même phénomène et qu'il n'y a entre eux qu'une question de degré difficile à apprécier, ils sont le plus souvent confondus dans le langage médico-psychologique sous le nom d'*anxiété* ou d'*angoisse*.

[1] Art. *Angoisse, Dictionnaire de médecine*, 1822.

Du moment que ces états affectent désagréablement le cours ordinaire de la vie, qu'il y a malaise ou souffrance, ce sont des états pathologiques. Cependant, l'angoisse n'est pas toujours une manifestation morbide ; il y a une angoisse qu'on peut appeler physiologique, et il est peu d'hommes qui n'aient éprouvé ses étreintes, lorsqu'elle est sous la dépendance d'un malheur réel ou même possible et dans bien d'autres circonstances dont nous parlerons plus loin.

L'angoisse pathologique est habituellement sans objet ; le malade l'éprouve sans savoir pourquoi ; il a même conscience qu'il n'a rien à redouter et il est anxieux malgré lui. C'est là l'angoisse véritable, spontanée, irrésistible. Il semble, en effet, que lorsque l'angoisse se lie à des représentations, elle soit atténuée et mérite davantage le nom d'anxiété.

Dans certaines psychoses aiguës, l'anxiété se réduit à uu fort sentiment de crainte, et le malade s'abandonne à un mouvement de défense et de fuite, n'écoutant aucun raisonnement, sourd à toute voix consolatrice ou rassurante. Enfin, le plus souvent, l'angoisse s'accompagne d'agitation anxieuse et d'hypertonie.

Généralement, l'angoisse des malades survient par attaques, le plus souvent dans la nuit et vers le matin, avec des rémissions ou des aggravations.

Mais l'angoisse ne prend pas toujours cette intensité et on la rencontre souvent sous forme d'inquiétude persistante, surtout chez les dégénérés, prenant l'individu dès sa jeunesse et l'accompagnant au cours de sa vie. Ce n'est souvent, au début, qu'un manque de confiance en soi, un état de doute, une tendance à l'interprétation pessimiste des moindres événements, une crainte constante de malheurs. Les individus qui en sont atteints, privés de liberté, paralysés par la crainte, traînent ainsi une existence empoisonnée.

C'est sur ce terrain que se développent surtout ces troubles particuliers désignés sous le nom de phobies et d'obsessions. A la vue de certains objets ou de certains animaux, ou en présence des phénomènes cosmiques, les sujets ont de véritables attaques d'angoisse. Ils ont conscience de l'absurdité de semblables manifestations, mais ils ne peuvent surmonter leur angoisse.

Comme nous venons de le voir, les états anxieux sont bien connus de tous ceux qui s'occupent de psychiatrie, et ils sont fréquents dans les névroses. On les observe aussi dans certaines maladies purement

organiques (typhus abdominal, fièvre jaune, suette miliaire, choléra, intoxications). Il semblerait donc de prime abord qu'il y ait une anxiété d'origine somatique et une anxiété d'origine nerveuse et psychique. Il n'en est rien, car les caractères sont toujours les mêmes. Nous verrons même, au cours de ce travail, que l'anxiété a toujours un substratum organique et que l'émotion qui en résulte n'est que la conscience du trouble physiologique. Cette manière de voir a fait faire un progrès considérable à la psychologie des émotions. De son côté, la clinique, appuyée sur ces données nouvelles, devait modifier ses bases d'appréciation.

La question vient donc bien à son heure, à une époque où se dessine nettement un mouvement qui tend à unir la psychologie à la clinique.

Dans les lignes qui précèdent, nous avons essayé de jeter une vue d'ensemble sur les divers états dans la genèse ou la constitution desquels domine l'anxiété. Si, de ce chaos, nous dégageons le symptôme et le suivons dans ses multiples manifestations, nous le trouvons d'abord à l'état physiologique. Dans les états morbides, nous le voyons venant compliquer certaines affections purement organiques. C'est surtout sur le terrain neuro-psychopathique que l'anxiété va s'épanouir, ici sous forme de névrose d'angoisse, là sous forme de psychoses d'angoisse. Mais encore, dans ce dernier cas, tantôt l'anxiété joue un rôle prépondérant et nous aurons en vue les psychopathies anxieuses, ou bien elle n'apparaît seulement que comme symptôme important et nous aurons à la suivre dans un autre groupe de psychopathies. Nous arriverons ainsi, par voie de gradation, à dégager la physionomie *des états anxieux dans les maladies mentales.*

Nous étudierons donc la question dans l'ordre suivant :

Chap. I. — Historique des états anxieux et de l'anxiété.

Chap. II. — Symptomatologie générale de l'anxiété.

Chap. III. — L'anxiété en dehors des psychopathies.

A. — Anxiété physiologique.

B. — Anxiété dans les maladies somatiques.

C. — Névrose anxieuse.

Chap. IV. — Des psychopathies anxieuses.

Chap. V. — Anxiété dans les psychopathies.

Chap. VI. — Pathogénie. — Anatomie pathologique. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Le sujet n'a pas une histoire bien longue et, il y a quelques années encore, il se bornait à la question de la mélancolie anxieuse. Ce dernier état mérite de nous retenir longuement ; nous y reviendrons lorsque nous ferons l'étude des psychopathies anxieuses.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'esprit ont accordé la plus grande influence aux émotions dans la pathogénie de la folie et c'est pour désigner cette aptitude à s'émouvoir que les manigraphes de la première moitié du siècle dernier ont créé les termes d'*émotivité* et de *sens émotif* [1].

Morel[2], dans ses études cliniques, fait une large part au sens émotif comme facteur général des folies, et dans les exemples qu'il cite, il est aisé de reconnaître les états anxieux. Mais c'est surtout dans son mémoire sur le « délire émotif » qu'on retrouve les caractères généraux de ce symptôme[3]. « Ils souffrent de partout, et cette sensation pénible se traduit d'abord, dans les cas légers, par des inquiétudes vagues, par le besoin de locomotion, par l'impossibilité de rester en place et, ensuite, à mesure que le mal augmente, par des états spas-

[1] Voir à ce sujet : CERISE..— *Mélanges médico-psychologiques,* 1843 et 1872, p. 165.

CERISE. — *Des fonctions et des maladies nerveuses dans leur rapport avec l'éducation sociale et privée, morale et physique*, Paris, Germer Baillière, 1843.

[2] MOREL. — Études cliniques. *Traité théorique et pratique des maladies mentales,* Paris, Masson, 1853, t. II.

[3] MOREL.— Délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. (*Archives générales de médecine,* 1866).

modiques, par des sensations douloureuses nettement formulées et que les malades perçoivent dans le centre épigastrique, dans la profondeur des entrailles, etc. » L'observation IV du mémoire de Morel est particulièrement instructive à cet égard.

Guislain[1] dit aussi : « Il y a toute une série de mélancolies dans lesquelles le patient est dominé par des inquiétudes vagues ; il éprouve des sentiments sinistres, il n'est bien nulle part, un grand malheur semble le menacer, il craint tout, il a peur de tout ; c'est ce que l'antiquité a nommé panophobie. »

Pendant longtemps les états anxieux prirent place dans ces formes qu'on considérait comme des maladies de l'émotivité et du sens émotif, dont bientôt se dégageait la mélancolie anxieuse.

Plus récemment, MM. Raymond et Janet[2] ont consacré un chapitre de leur livre sur les « Névroses et Idées fixes » au délire émotif. Ils montrent que le plus souvent à la base des états émotifs systématisés et surtout permanents, on rencontre l'anxiété et l'angoisse.

Mais c'est surtout dans ces dernières années qu'en étudiant certains états qui tiennent à la fois de la névrose et de la psychose, on est arrivé à isoler l'anxiété du groupe général des émotions et à lui assigner sa véritable place dans la constitution des états anxieux.

L'anxiété[3] a de tout temps été considérée comme un signe fort important des maladies, et Hippocrate, qui connaissait ce symptôme, l'appliquait souvent au pronostic.

Le sentiment d'angoisse est le plus souvent lié à de violentes sensations locales, ce qui a contribué à lui faire donner différentes dénominations. Localisée à la région du cœur, elle porte le nom d'*angoisse*

[1] GUISLAIN. — *Leçons sur les Phrénopathies,* t. II, p. 123.

[2] RAYMOND et JANET. — *Névroses et idées fixes,* Paris, Alcan, 1898.

[3] *Bibliographie.* — FLEMMING. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* Bd., V.— DOURICH. *Psychische Züstande,* Iena, 1849. — GRIESINGER. *Arch. der Heilk.,* IV, Berlin, *Klln. Wochensch,* n° 10, 1873. — ARNDT. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.* Bd., XXX.— V. KRAFFT-EBING. *Die Mélancholie,* Erlangen, 1874.— DANITSCH. *Ueber die Præcordialangst bei Geisteskranken Inang.* Dissert, Würzbourg, 1874. — EMMINGHAUS. *Allgemeine Psychopathologie zùr Einfuhrung in das Studium des Geistesstorungen,* Leipzig. — P.-C.-W. VOGEL. 1878. — HACK TUKE. *Le corps et l'esprit,* traduction Parant, 1886. — V. KRAFFT-EBING. *Traité clinique de Psychiatrie,* traduction E. Laurent, Paris, Maloine, 1897. — KRÆPELIN. *Psychiatrie,* 6e édition, Leipzig, J. Barth, 1899.

précordiale, ou encore de *Dysthymia præcordialis* (Griesinger) ; à la région du front, elle constitue la *Dysthymia frontalis.* On connaît encore dans certaines affections de la molle épinière, des localisations dans les genoux, les bras, le dos, etc. Dans les mêmes circonstances, certains individus éprouvent une sensation bien marquée dans les jambes, au périnée, à la paume de la main. Enfin, il existe un sentiment vague d'angoisse, sans localisation précise.

Tous les auteurs ont assigné un rôle important aux passions dépressives, dans la production de la folie. Pinel[1], Esquirol[2], Marc[3], Renaudin[4] et surtout Morel[5] insistent sur l'importance des émotions débilitantes et oppressives parmi les causes connues des maladies mentales. Flemming[6], dans ses études de symptomatologie, signale la céphalalgie et l'angoisse précordiale au premier rang des symptômes fondamentaux de la folie et il arrive aux conclusions suivantes : 1° la céphalalgie et l'angoisse sont des symptômes constants de l'aliénation mentale ; 2° la céphalalgie appartient surtout à la période d'incubation, l'angoisse précordiale à l'incubation comme à l'invasion ; 3° l'angoisse précordiale caractérise surtout la mélancolie, le stade mélancolique de la manie et la manie sans délire ; 4° l'angoisse précordiale dépend d'une affection du nerf vague, etc.

Cordes[7], parlant de l'agoraphobie, à laquelle il était sujet, dit que la peur des espaces en elle-même n'est qu'un symptôme ; l'essentiel c'est l'anxiété, l'angoisse.

A dater de cette époque, on attache une importance de plus en plus considérable à l'anxiété, mais il faut arriver à ces derniers temps pour lui voir assigner sa vraie place et lui voir jouer son véritable rôle. L'anxiété est, en effet, un symptôme de la plupart des névroses et des psychoses. Elle fait la base de ces états intermédiaires aux névroses et aux psychoses qui constituent la *névrose d'angoisse,* à la

[1] Pinel.— *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale,* Paris, 1809.

[2] Esquirol. — *Des maladies mentales,* Paris, 1838.

[3] Marc. — *De la folie,* Paris, 1840.

[4] Renaudin.— *Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale,* Paris, 1854.

[5] Morel. — *Maladies mentales,* 1860.

[6] Flemming. — *Allgem. Zeitsch. f. Psych.,* 1848, I Heft.

[7] Cordes. — De l'agoraphobie. *Arch. f. Psych. und Nerv.,* Heft III, 1872.

suite des travaux de Kaan[1], Hecker[2], Freud[3]. MM. Pitres et Régis[4] ont magistralement démontré le rôle de l'anxiété dans l'obsession morbide et ils n'hésitent pas à accorder la priorité à cette émotion dans la constitution de cet état névropathique. « Supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouvent, et vous n'aurez plus d'obsession. Par contre, prenez une obsession quelconque et enlevez-en l'idée fixe ou la tendance impulsive, ne laissant que l'anxiété, l'angoisse, et vous aurez encore l'obsession dans son fondement, dans son essence. » C'est également l'anxiété qui sert de base à leur classification des obsessions.

L'anxiété nous apparaît donc comme un symptôme fondamental des troubles du système nerveux. Son rôle dans la genèse des névroses a déjà fait l'objet de travaux importants. Son rôle dans les psychoses n'est pas moindre. On trouve çà et là, épars dans la littérature, des documents que nous signalerons en passant, mais il était nécessaire de les réunir en faisceaux pour arriver à constituer ainsi des états psychopathiques fondés sur l'anxiété, véritables psychoses d'angoisse.

[1] KAAN. — Der neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellungen, *Jahrb. f. Psych.* XI, 3, 1893.

[2] HECKER. — Ueber larvierte und abortive Angstzustande bei Neurasthenie, *Centralbl. f. Nervenheild und Psych.*, Dec. 1893.

[3] FREUD. — Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie, einen bestimmten symptomenkomplex als « Angstneurose » abzùtrennen, *Neurol. Centralbl.*, 1895.

[4] PITRES et RÉGIS. — Séméiologie des obsessions et idées fixes. *XIIe Congrès international de médecine,* Moscou, 1897.

CHAPITRE II

Symptomatologie clinique de l'anxiété

Si l'on s'en rapporte aux travaux énumérés ci-dessus, on voit que la notion clinique de l'anxiété ne se dégage pas d'une façon nette et précise. Tout le monde sait bien ce qu'est l'anxiété, mais son tableau clinique a été rarement esquissé.

Les états anxieux sont relativement fréquents; ils se présentent toujours avec des symptômes particuliers qui ne sont au fond que les stigmates de l'anxiété.

Laissons de côté l'anxiété qui se manifeste chez l'homme normal, où elle n'a qu'une durée éphémère et reconnaît toujours une cause légitime qui la justifie.

L'anxiété morbide existe sans motif, mais demande toujours pour se produire un terrain névropathique. C'est sur ce terrain que nous devons la suivre.

Nous allons passer en revue ses principaux symptômes, non pas dans leur ordre d'apparition ou de fréquence, mais d'après les troubles qu'ils occasionnent dans chaque fonction en particulier.

SYMPTOMES DE L'ANXIÉTÉ

Il y a peu d'états aussi difficiles à dissimuler que l'anxiété. Aussi bien dans sa forme atténuée, l'inquiétude, que dans sa forme extrême, l'angoisse, l'anxiété est une émotion à l'expression de laquelle l'être tout entier participe. Le facies anxieux n'a donc pas besoin d'être dépeint.

Il est indispensable, toutefois, de passer en revue les principaux troubles qui accompagnent l'anxiété, d'en fixer en quelque sorte la symptomatologie clinique. Ces troubles sont, les uns physiques, les autres affectifs et intellectuels.

Parmi les premiers, nous aurons à examiner les désordres de la sensibilité générale, les désordres moteurs, circulatoires, respiratoires, gastriques et secrétoires ; parmi les seconds, les anomalies des tendances et des sentiments relatifs à la conservation de l'individu et de l'espèce, et enfin, parmi les derniers, les symptômes psychiques ou cérébraux. L'ensemble de ces troubles constitue l'anxiété à tous les degrés.

1° *Troubles de la sensibilité générale et spéciale.* — Les anxieux éprouvent un sentiment de malaise généralisé qu'ils n'essaient guère de dissimuler et qui est l'opposé du sentiment de bien-être ou d'euphorie que ressentent certains malades appartenant à d'autres catégories. Il y a donc un état de malaise très intense qui entraîne de l'abattement et de la dépression. Ce trouble élémentaire de la sensibilité porte les individus à l'analyse, à l'hypocondrie et le phénomène est singulièrement facilité par la constatation de troubles fonctionnels importants (cardiaques, pulmonaires, circulatoires, moteurs, etc...).

Parmi les troubles de la sensibilité générale, nous placerons les *anesthésies*, les *hyperesthésies* et les *paresthésies*. On sait que dans de violentes crises d'angoisse, les malades sont capables de se livrer aux plus affreuses mutilations sans paraître en ressentir de douleur, ce qui ne peut s'expliquer que par l'anesthésie dont leur corps est le siége. « L'esprit ne perçoit pas, ou ne perçoit qu'en partie, les impressions agréables ou désagréables faites sur les nerfs sensoriels pendant que l'attention est distraite et que l'esprit lui-même est sous l'influence d'une émotion puissante [1]. »

L'*hyperesthésie* d'origine émotive amène l'hypocondrie ; elle tient aussi sous sa dépendance l'extrême irritabilité du système nerveux. Cette irritabilité est un des symptômes fondamentaux de l'anxiété. « La direction spéciale de la pensée, dit encore Hack Tuke, vers une partie du corps peut causer l'anxiété ; à son tour, l'anxiété peut

[1] Hack Tuke. — *Le corps et l'esprit,* traduction Parant, 1886, p. 99.

attirer l'attention sur les fonctions du corps. La réflexion, et spécialement la réflexion anxieuse relative aux sensations corporelles, les aggrave jusqu'à les rendre morbides, et peut donner naissance à une foule de désordres imaginaires[1]. »

La sensibilité peut être pervertie et on remarque des sensations de chaud et de froid en rapport avec l'intensité de l'émotion. L'émotion anxieuse se caractérise le plus souvent par une sensation de froid : tout le monde connaît le frisson de l'angoisse.

Dans le domaine des sens spéciaux, il peut y avoir des perversions considérables, allant jusqu'à l'illusion et l'hallucination. On rencontre presque toujours l'hyperesthésie des organes des sens, sous forme de photopsie, chromopsie, hyperacousie, hyperosmie, conditions qui toutes contribuent à créer l'état spécial d'irritabilité.

C'est surtout du côté de la vue et de l'ouïe que les phénomènes sont le plus marqués. On connaît le fait rapporté par Braid d'un jeune homme qui, pris de frayeur et d'angoisse, certifiait avoir vu dans sa chambre des oiseaux dont son compagnon avait imité le chant.

L'hyperesthésie auditive est également très remarquable à tous les degrés de l'anxiété. Freud en fait une des principales manifestations de l'irritabilité générale dans la névrose d'angoisse et la considère comme cause fréquente d'insomnie.

Dans le domaine des sensations cutanées on rencontre le phénomène de *rétraction de la peau*, sensation pénible qui a son siège à la paume de la main et au visage, la sensation de *froid aux cheveux*, d'*horripilation*, dans laquelle il semble que la racine du cheveu soit occupée par un petit glaçon, phénomène dû aux contractions du muscle occipito-frontal et des muscles lisses qui entourent le bulbe pileux. Il en est de même de la sensation de pulsation des petits vaisseaux. Tous ces phénomènes sont vraisemblablement liés aux troubles vaso-moteurs dont nous parlerons plus loin.

L'état d'inquiétude pénible des muscles est sous la dépendance de l'hyperesthésie des nerfs musculaires. On conçoit toute l'importance que prennent ces différentes hyperesthésies dans l'éclosion des délires qui s'accompagnent d'anxiété. Le moindre trouble de la sen-

[1] HACK TUKE, *loc. cit.*

sibilité localisé en un point quelconque du corps fixe l'attention dn sujet et le jette dans l'attente anxieuse des plus redoutables maladies. On sait combien ce cas est fréquent dans certaines formes de phobies et d'hypocondries, particulièrement dans l'hypocondrie hydrophobique. Il suffit de la plus légère morsure d'un chien qu'il croit enragé pour plonger le malade dans une angoisse inexprimable.

2° *Troubles moteurs.* — Un des symptômes les plus importants est l'asthénie motrice, qui se traduit par de la faiblesse musculaire, du dérobement des jambes et de la lassitude généralisée. En même temps que l'asthénie de certains muscles, il se produit une contracture de certains autres, particulièrement des muscles respiratoires — ce qui donne au visage l'expression qu'il a dans la dyspnée d'origine pulmonaire — du muscle peaussier du cou, du risorius de Santorini et de certains autres muscles. Toutes ces contractures et ces relâchements musculaires contribuent à produire l'expression anxieuse. Darwin[1] prétend que le frisson commence par une contraction du peaussier du cou. L'angoisse agit principalement sur les fléchisseurs, de façon à obliger le corps à se courber dans un mouvement de défense. On peut aussi mettre sur le compte de la contracture la fixité du regard. Par contre, les muscles masseters se relâchent de même que les sphincters vésical et rectal.

Il se passe des phénomènes analogues dans les muscles lisses ou muscles des mouvements involontaires : c'est ainsi qu'on remarque la toux nerveuse accompagnée de spasme du larynx, fréquente dans cette forme d'anxiété qu'on appelle « trac des orateurs », l'augmentation de la sécrétion gastro-intestinale sur laquelle nous aurons à revenir, ainsi que l'action sur les muscles vésicaux que nous examinerons avec les troubles des sécrétions. La modification des fibres du cœur est incontestable, mais ces phénomènes sont si importants que nous les décrirons dans un paragraphe spécial. Les réflexes paraissent diminués: le Dr Vogt[2] a remarqué que les états de tris-

[1] DARWIN. — *L'Expression des émotions.*

[2] O. VOGT.— Contribution à la psychologie des sentiments, *IVe Congrès international de psychologie, C. R.*, p. 405.

tesse amenaient une diminution du réflexe patellaire pouvant aller jusqu'à l'abolition.

Au point de vue du tonus musculaire, il existerait de l'hypotonie, ce qui se comprend, la dépression morale s'accompagnant de dépression physique. Il y a donc parallélisme entre le réflexe et le tonus musculaire, comme on a pu l'établir au moyen d'appareils plethysmographiques de Sommer[1].

Le *tremblement* musculaire est mal localisé, lié à l'émotivité de l'anxieux, surtout dû à l'état de crainte dans lequel il vit : il est donc en rapport avec l'intensité de l'émotion. On le rencontre surtout aux membres, à la face, aux paupières, aux mâchoires ; enfin, d'autres fois, le corps tout entier est secoué d'un tremblement simulant le frisson de la fièvre intermittente.

L'*incoordination des mouvements volontaires* est un des symptômes les plus désagréables pour les anxieux, qui sont désolés à cette constatation, et dont l'inquiétude s'accroît d'autant plus qu'ils redoutent pour l'avenir, surtout si leur profession les oblige à des manipulations délicates et précises. Cependant ce phénomène est beaucoup plus apparent que réel. D'ailleurs il est toujours en rapport avec le degré de l'anxiété.

Il en est de même des *troubles de l'élocution ;* au début, le malade anxieux redoute l'effort pour parler, puis il a peur de se tromper en parlant ; la parole traduit cette hésitation par un léger tremblement. Au plus haut degré de l'anxiété, dans l'angoisse, par exemple, la parole est saccadée, scandée, entrecoupée d'inspirations pénibles ; le malade semble parler par monosyllabes, sa voix est basse, faible, sort difficilement ; il s'arrête au milieu d'une phrase, hésitant, indécis, ne sachant s'il doit se taire ou continuer. Tout dans sa voix trahit l'émotivité extrême.

Quoique fréquemment observé chez les anxieux, le *vertige* peut n'être qu'un symptôme secondaire et lié, soit aux troubles cérébraux vaso-moteurs, soit aux troubles digestifs ; et dans ce cas, il se produit à jeun surtout et disparaît après le repas ; il a donc beaucoup des caractères du vertige neurasthénique.

[1] *Lehrbùch der psychopatologischen Untersùchùngmethoden*, Urban ùnd Schwarzenberg, 1899.

Mais il y a chez les anxieux un autre vertige donné par Freud comme un des symptômes fondamentaux de la névrose d'angoisse. Dans ses formes légères ce serait un simple étourdissement, dans les formes plus graves il s'agirait d'un vertige de locomotion ou de coordination analogue à celui qui se produit dans les paralysies des muscles de l'œil [1].

3° *Troubles circulatoires.* — L'anxiété étant un phénomène essentiellement émotif, il va de soi que les troubles circulatoires jouent un rôle considérable dans ses manifestations.

Les différents auteurs qui se sont occupés de cette émotion ont placé son siège tantôt dans le cœur, tantôt dans le cerveau. De là sont nées deux théories, l'une cardiaque, l'autre cérébrale, ayant chacune la prétention d'expliquer l'angoisse. Le terme si souvent employé d'*angoisse précordiale,* la sensation de constriction, les palpitations, l'irritabilité extrême du cœur, indiquent bien dans cet organe un trouble de l'innervation que la physiologie explique.

Nous dirons donc que dans l'anxiété il y a des phénomènes spasmodiques des muscles du cœur, phénomènes analogues à ceux que nous avions déjà constatés dans les muscles volontaires. Le cœur devient d'abord tumultueux et, bientôt après, les battements s'affaiblissent.

L'effet des émotions est de produire l'accélération des battements du cœur, des arrêts et des spasmes, d'où contractions irrégulières de l'organe. Ces spasmes sont très pénibles, et le sujet en a conscience, ce qui contribue en grande partie à lui donner la sensation d'un malaise grave, allant jusqu'au sentiment de fin prochaine.

On comprend qu'une contraction énergique du cœur suivie d'un spasme tonique prolongé puisse entraîner la mort, ce qui a été signalé dans les violentes crises d'angoisse, d'autant plus que le phénomène peut se compliquer, comme l'ont démontré les physiologistes, et que le cœur en cessant de se contracter se dilate.

Si du cœur nous passons aux gros vaisseaux sanguins, nous voyons que les faits sont analogues.

[1] Freud. — Ueber die Berechtigüng von der Neurasthenie bestimmten Symptomenkomplex als « Angstneurose » abzutrennen, *Neurologische Centralblatt, 15 janvier, n° 2,* 1895.

La tension vasculaire est soumise aux lois physiologiques établies par Marey[1] et ses rapports avec la vitesse de la circulation ont été réglés de la façon suivante :

1° La tension augmente avec la vitesse quand l'augmentation de pression vient du cœur.

2° La pression diminue avec la vitesse quand la diminution de pression vient du cœur.

3° La vitesse diminue et la pression augmente quand la circulation rencontre un obstacle périphérique (constriction et arrêt dans les vaisseaux).

4° La vitesse augmente et la pression diminue quand la circulation périphérique est favorisée par le relâchement des petits vaisseaux.

D'après MM. Binet et Vaschide[2] une émotion spontanée très forte, qu'elle soit de nature agréable ou pénible, peu importe, élève la pression de trente millimètres.

Les caractères tirés du pouls ne sont pas moins intéressants. Pour les émotions douloureuses d'angoisse et de peur, le pouls présente les caractères suivants : il y a d'abord une accélération considérable, puis un ralentissement du pouls pendant un temps assez long après que l'émotion a cessé.

Voici un exemple emprunté à M. Vaschide[3] :

Pouls normal	Pouls émotionnel	3 minutes après	5 minutes après	15 minutes après
71.50	100.33	80.50	72	70.50

Un grand nombre de phénomènes qui entrent dans la symptomatologie de l'anxiété, sont sous la dépendance du système vaso-moteur. Les plus appréciables sont la pâleur et la rougeur de la face, le refroidissement des extrémités et bien d'autres encore sur lesquels nous reviendrons dans la suite de ce travail.

Toutes les recherches qui ont été provoquées par la nouvelle

[1] DUMAS. — *La tristesse et la joie*, Paris, Alcan, 1900.

[2] BINET et VASCHIDE. — Pression du sang. *Année psychologique, IIIe année*, 1897.

[3] VASCHIDE.—Sur le pouls radial pendant les émotions. *Revue philosophique*, septembre 1899.

théorie des émotions due à James[1] et à Lange[2] ont eu pour objet d'examiner les réactions vaso-motrices et de vérifier cette assertion que le système vaso-moteur joue le principal rôle dans la genèse des émotions. « L'effet ordinaire des émotions pénibles, dit Lange, sont la dépression de l'innervation générale et la constriction vasculaire périphérique avec excitement du centre vaso-moteur viscéral et des muscles de la vie organique. »

Nous ne pouvons entrer dans le détail des recherches qui ont été faites par d'habiles expérimentateurs et dont les unes portent sur des sujets sains placés dans certaines conditions émotionnelles telles que celles que nous devons à MM. Mosso[3], Binet et Courtier[4], Binet et Vaschide[5], Vaschide, Lherminier et Pachon[6], Vaschide et Marchand[7], et dont les secondes ont été faites par M. Dumas sur des aliénés.

Les premières recherches, de l'aveu de M. Binet, malgré le progrès énorme qu'elles ont fait réaliser à la psychologie, ne comportent pas encore de conclusions générales. « En général, dit-il, les indications du sujet n'ont pas correspondu à celles du tracé pléthysmographique ; il est curieux de voir comme le système vaso-moteur est lent à entrer en activité. Il s'écoule en général trois secondes avant que la vaso-constriction réflexe produite par le stimulus commence à se manifester. Or, en général, l'état émotionnel se produit beaucoup plus vite et il se termine au moment où la vaso-constriction n'est pas encore complète ; il en est donc dans une large mesure indépendant[8]. »

Malgré l'absence de résultats généraux, il y a un certain nombre de données définitivement acquises et qui s'expriment par les mêmes phénomènes physiologiques.

[1] JAMES. — *Mind*, 1879.

[2] LANGE. — *Les émotions*, Dumas, Paris, 1895.

[3] MOSSO. — *La peur*, trad. Félix Hément, Paris, Alcan.

[4] BINET et COURTIER. — La vie émotionnelle. *Année psychologique*, 1897.

[5] BINET et VASCHIDE. — Pression du sang. *Année psychologique*, 1897, et Sur le pouls radial pendant les émotions. *Revue philosophique*, septembre 1899.

[6] LHERMINIER et PACHON. — Des phénomènes vaso-moteurs périphériques. *Société Lin*, Bordeaux, 1897.

[7] VASCHIDE et MARCHAND. — Contribution à l'étude de la psycho-physiologie des émotions. *Revue psych.*, 1901.

[8] DUMAS. — *La tristesse et la joie*, Paris, Alcan, 1900.

1° Il y a vaso-constriction phériphérique :

« Dès qu'il se produit une excitation venant du dedans ou du dehors et quelle que soit la nature de cette excitation, le pouls se rapetisse et donne les signes d'une vaso-constriction. »

2° Il y a accélération cardiaque quand l'excitation a été forte[1].

3° Il y a augmentation de la pression sanguine quand il y a eu émotion[2].

M. Dumas faisant porter ses recherches sur des malades atteints de mélancolie anxieuse est arrivé aux mêmes résultats[3].

Avant de terminer ce rapide aperçu des phénomènes vaso-moteurs, nous croyons devoir rappeler ici les expériences qui ont été faites par MM. Patrizi[4] et Casarini[5] et qui leur ont permis d'arriver à distinguer un type vaso-moteur auditif et un type vaso-moteur visuel. On a fait beaucoup attention aux variations individuelles des réflexes vaso-moteurs, sans distinguer, croyons-nous, celles qui sont dues au changement du stimulus chez les différents sujets d'observation. Le système des vaisseaux ne répond pas, pour une excitation donnée, de la même manière et avec la même force chez tous les individus. Il y en a qui, par exemple, réagissent mieux par une impression de la vue, d'autres qui réagissent mieux par une excitation de l'ouïe et il est permis de parler de type vaso-moteur auditif et de vaso-moteur visuel, etc. Si on se souvient que chez les anxieux il y a une hyperesthésie auditive constante, au point que Freud en fait un des symptômes capitaux de l'irritabilité générale, il est à présumer que cette hyperesthésie auditive est en rapport avec un phénomène vaso-moteur cérébral et par suite les anxieux rentreraient dans la catégorie du type vaso-moteur auditif.

4° *Troubles respiratoires.*— Sous l'influence de l'anxiété, les mus-

[1] BINET et COURTIER. — *Année psychologique*, 1897.

[2] VASCHIDE et MARCHAND. — *Année psychologique*, 1897.

[3] DUMAS. — *La tristesse et la joie*, Paris, Alcan, 1900, p. 225.

[4] PATRIZI.— Sur les réflexes vasculaires des membres et du cerveau. *Rivista sperimentale di freniatra*, vol. XXIII, fasc. I, 1897.

Dritter internationales Congress f. Psychologie, München, 1 Lheman, 1897.

[5] PATRIZI et CASARINI. — Types de réactions vaso-motrices par rapport aux types mnémoniques et à l'équation personnelle. *IVe Congrès international de psychologie*, Paris, Alcan, 1901.

cles respiratoires peuvent se contracter et déterminer une gêne de la respiration. Le rythme est modifié, allant jusqu'à la dyspnée. L'inspiration est saccadée, entrecoupée de soupirs.

MM. Binet et Courtier[1] ont fait aussi des recherches expérimentales sur la respiration pendant les périodes émotionnelles et sont arrivés à ce résultat que dans toutes les émotions, quelles que soient leurs qualités, il y a accélération de la respiration.

D'après leurs expériences, la respiration, pour ce qui est de la vitesse et de l'amplitude, a donné les chiffres suivants :

1re Expérience	Avant l'émotion...	15	Augmentation d'amplitude.
	Pendant l'émotion..	17	
2e Expérience	Avant l'émotion...	14	Augmentation d'amplitude, désordres, pauses expiratoires prolongées.
	Après l'émotion...	16	

Ce qui a permis de conclure : « Toute excitation émotionnelle produit une accélération de la respiration et en même temps une augmentation de profondeur et un effacement de la pause respiratoire. On observe parfois, quand l'émotion est très forte, une suspension assez longue de la respiration en expiration[2].

Les troubles de l'élocution sont étroitement liés aux troubles respiratoires. Nous en avons parlé à l'occasion des troubles du mouvement, nous n'y reviendrons pas.

5° *Troubles digestifs.* — L'appareil digestif est toujours plus ou moins troublé. La constipation est fréquente, coïncidant avec de l'atonie gastro-intestinale, mais on remarque aussi de la diarrhée survenant sous forme d'attaque.

Dans les états d'anxiété diffuse principalement, on rencontre des crampes d'estomac, des douleurs gastralgiques variées. L'attaque de diarrhée est surtout très remarquable. Après quelques crampes qui surviennent dès le réveil, l'anxieux est pris, dès qu'il met le pied à terre, d'un besoin intense d'aller à la garde-robe, besoin irrésistible, qu'il ne peut différer, et après une évacuation abondante il revient à son état normal.

[1] Binet et Courtier. — La vie émotionnelle, *Année psychologique,* 3e année, 1897.

[2] Binet et Courtier, *loc. cit.,* p. 91.

Cet état peut amener un relâchement des organes digestifs avec toutes ses conséquences. Il en est ainsi dans l'anxiété, mais, dans l'angoisse, les choses sont poussées plus loin, l'estomac et l'intestin sont comme paralysés et rétractés.

6° *Troubles sécrétoires.* — La sécrétion urinaire paraît en rapport avec le degré émotif. Dans les attaques d'anxiété, il y a une polyurie toujours très marquée. Le phénoméne vient de la contraction des muscles vésicaux. Il peut également y avoir paralysie de la vessie dans les états d'angoisse.

La sécrétion des glandes salivaires est également troublée. Tantôt il y a une véritable sialorrhée, tantôt, au contraire, la salive semble tarie et la bouche est sèche.

En général, en dehors des attaques anxieuses, la peau est sèche, chaude, et il en est de même des muqueuses.

Il y a aussi des attaques sudorales, liées à des émotions même légères, véritables hyperhydroses localisées surtout aux mains et à la face.

7° *Troubles affectifs et intellectuels.*— Les troubles organiques sont assurément les plus importants, car il est permis de supposer qu'ils tiennent les autres sous leur dépendance. Les troubles affectifs et intellectuels ne sont donc, en quelque sorte, que secondaires.

Les états affectifs comprennent un groupe de tendances qui sont liées, les unes à la conservation de l'individu, les autres à la conservation de l'espèce, certaines enfin, aux manifestations plus élevées, qui embrassent les différentes formes des sentiments et des émotions.

L'observation des malades nous montre les troubles des sentiments étroitement associés aux troubles intellectuels et il nous semble difficile de les séparer les uns des autres. C'est pourquoi nous réunirons dans une même vue d'ensemble les phénomènes affectifs et les phénomènes intellectuels.

Nous dirons peu de chose des troubles de la nutrition, bien que les fâcheuses conséquences qui en résultent pour l'organisme ne puissent que déprimer, diminuer l'individu et lui donner des dispositions pessimistes.

Nous avons vu déjà que les troubles circulatoires et respiratoires avaient une action toute spéciale sur la genèse des états émotifs. Aussi, les anxieux sont-ils des émotifs par excellence, toujours en proie à un sentiment pénible, sentiment d'angoisse, de découragement et d'ennui.

Mais le phénomène affectif et intellectuel le plus remarquable de l'anxiété est certainement l'*attente anxieuse*. L'attente anxieuse se trouve, chez beaucoup d'individus, à l'état de tendance à l'appréciation pessimiste des moindres accidents de la vie, mais à un degré plus élevé, le sujet vit dans la crainte permanente d'événements pénibles, et le fait le plus insignifiant est pour lui un indice de malheur prochain. Elle est considérée comme le symptôme essentiel de la névrose d'angoisse ; elle est aussi le symptôme fondamental de l'anxiété.

Les dispositions affectives et intellectuelles créées par l'attente anxieuse sont éminemment favorables à l'éclosion des obsessions et des phobies.

L'*obsession* est un état morbide foncièrement émotif. L'émotivité varie suivant les individus et suivant les circonstances, mais elle se trouve toujours à la base des états anxieux. Ceci nous donne l'explication de la fréquence des phobies et des obsessions dans l'anxiété où elles se forment par un procédé que MM. Pitres et Régis[1] ont indiqué :

« La décharge émotive, tumultueuse et intempestive qui est le symptôme le plus saillant et le plus caractéristique des états obsédants, ne se produit chez beaucoup de malades qu'à l'occasion de certaines excitations sensorielles banales qui, chez les sujets normaux, ne déterminent aucune émotion ou ne causent qu'une émotion légère. Certaines personnes saines de corps et d'esprit ne voient pas sans une certaine crainte un crapaud, un serpent, une araignée ou une souris; d'autres ont peur du tonnerre, d'autres ne peuvent, sans être désagréablement impressionnées, passer leurs mains sur du velours. Tout cela n'a rien de bien étonnant. Que la vue d'un animal répugnant, l'audition d'un bruit éclatant et subit, le contact

[1] Pitres et Régis. — Les obsessions et les impulsions, *Bibliothèque du Dr Toulouse*, Paris, O. Doin, 1902.

d'un corps duveté et chatouillant la peau déterminent une émotion pénible, cela est même tout à fait naturel.

« Mais que la vue d'un brin de poussière, le murmure du vent, le bruit du tonnerre, la sensation d'un prurit cutané, etc., déterminent un shock, un ébranlement émotif tels, qu'à dater de ce moment la sensation objective, subjective et jusqu'à la pensée même du facteur originel de ce shock réveillent et ravivent l'anxiété première, arrivant souvent à torturer l'esprit dans l'intervalle; il y a là, à n'en pas douter, un phénomène pathologique particulier, dérivant d'une anomalie de l'émotivité. C'est à cet état morbide qu'on donne généralement le nom de phobies. »

Nous croyons devoir placer à côté des obsessions et des phobies ces phénomènes si fréquemment observés dans les états psychopathiques auxquels M. Sollier a donné le nom d' « émotions localisées [1] », que nous ne faisons que signaler en passant et sur lesquels nous reviendrons en étudiant les psychopathies anxieuses.

Les anxieux se plaignent généralement de sentir leur intelligence diminuée; ils constatent chez eux un défaut d'attention, une perte de la mémoire, se défient de leur jugement; tout effort intellectuel est pénible. Le sujet, conscient de cette infériorité, tend à se retirer du monde, à se calfeutrer chez lui. Il se trouve déchu, changé à son désavantage et sa personnalité morale ne fait que s'altérer de plus en plus.

Tous les anxieux se plaignent beaucoup plus des troubles psychiques qu'ils éprouvent que des troubles organiques, malgré leur intensité. Ils accusent fréquemment la confusion, la diminution de la faculté d'attention, la faiblesse mentale.

Un malade cité par MM. Pitres et Régis[2] traduit les troubles intellectuels de sa crise d'anxiété en disant : « Mes idées se brouillent, je ne sais plus exactement ce que je dis, ce que je fais. » Il se produit, au point de vue intellectuel, une diminution de toutes les facultés : mémoire, jugement, attention, volonté.

L'effort nécessaire pour l'association des idées fait généralement défaut, d'où hésitations, craintes d'erreur d'appréciation, etc.

[1] Sollier. — Émotions localisées, *IVe Congrès international de Psychologie. C. R.*, Paris, Alcan, 1901.

[2] Pitres et Régis.— Obsession de la rougeur émotive, *Arch. de Neurol.*, janvier 1897.

Nous avons dit à plusieurs reprises que l'anxiété constituait une émotion des plus violentes, surtout lorsqu'elle s'élève jusqu'à l'angoisse. Nous devons donc observer aussi des troubles intellectuels sous la dépendance exclusive de l'émotion.

Les psychologues accordent généralement à l'émotion un pouvoir de désagrégation mentale :

« L'émotion semble jouer, au moins dans certains cas, un rôle inverse de celui qui a été attribué à la volonté et à l'attention. Ce qui caractérisait ces deux fonctions, c'était une activité de synthèse, une construction de systèmes plus complexes édifiés avec les éléments de la pensée, les sensations et les images. Ces systèmes formaient les résolutions, les perceptions et les jugements, la mémoire et la conscience personnelles; l'émotion, au contraire, semble douée d'un pouvoir de dissociation, d'analyse. Sauf dans des cas extrêmes où la dissociation va jusqu'à la destruction et pourrait même aller jusqu'à la mort, l'émotion ne détruit pas réellement les éléments de la pensée ; elle les laisse subsister, mais désagrégés, isolés les uns des autres, à tel point, quelquefois, que leurs fonctions sont à peu près suspendues[1]. » Ce pouvoir de dissociation mentale que possèdent les émotions est surtout vrai de l'anxiété, de l'angoisse.

Un autre effet des émotions consiste dans l'arrêt subit du déroulement des représentations (Wundt[2]). Il semble que dans la crise d'angoisse toutes les représentations se retirent devant une seule, qui persiste et qui occupe entièrement l'esprit. Nous pouvons citer à l'appui de ce fait un exemple dont nous avons été le témoin. Une jeune fille, à qui nous avons donné des soins et qui était atteinte d'obsession du doute et de phobie du toucher, ayant vu un jour une religieuse qui portait à la main un irrigateur destiné à donner un lavement à une vieille dame qui habitait le même couvent, tomba dans un tel état d'angoisse, se demandant si ce n'était pas elle qui avait administré le lavement, qu'on la trouva, après plusieurs heures, immobile, suffoquant et couverte de sueurs. Il y a là, évidemment, un trouble profond de la conscience, mais il est possible qu'on puisse le placer sous la dépendance d'un arrêt subit des représentations.

[1] RAYMOND et JANET. — *Névroses et idées fixes,* Paris, Alcan, 1898, p. 475.

[2] WUNDT. — *Traité de psychologie,* Paris, Alcan.

Rapidité d'évocation des images[1]. — On peut opposer aux faits d'arrêt subit du déroulement des représentations les faits de rapidité anormale d'évocation des images. Signalé dans certaines circonstances, particulièrement dans l'état mental des mourants, où il constitue ce qu'on a appelé « la vue panoramique », chacun a éprouvé le phénomène dans ses rêves.

Il se passe dans l'anxiété, surtout dans l'anxiété diffuse, des faits analogues, portant non pas sur le passé, mais sur l'avenir, ce qui se comprend, l'anxiété étant surtout une émotion d'attente. La femme anxieuse qui voit deux personnes arrêtées devant sa maison et qui pense que son enfant a été précipité par la fenêtre, voit du même coup défiler devant ses yeux, l'accident avec toutes ses péripéties, les soins consécutifs, les consultations des médecins, les opérations, les derniers moments, les funérailles, etc. En un mot, elle voit se dérouler tous les événements les plus pénibles, comme dans une vue panoramique.

Taine[2], qui consacre une note à ces faits, les signale comme fréquents chez les mangeurs d'opium, et il cite l'exemple rapporté par de Quincey, *Confessions of an opium-eater* et quelques autres. Taine explique le phénomène par l'accélération du jeu des cellules corticales.

Ce n'est pas seulement la rapidité des images, c'est aussi leur intensité qui, dans l'état anxieux, peut provoquer leur extériorisation sous forme hallucinatoire.

C'est ce que MM. Pitres et Régis ont bien fait ressortir pour l'obsession, en montrant qu'elle donnait surtout naissance à une hallucination de forme représentative.

« En rapprochant les faits qui précèdent, disent ces auteurs, on est immédiatement frappé d'une chose : c'est que, dans tous l'hallucination est pour ainsi dire une matérialisation de l'obsession, la transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée. C'est en quelque sorte l'analogue de ces phénomènes d'objectivation hallucinatoire qui se produisent chez certains peintres et dans l'intoxi-

[1] Voir aussi PIÉRON.— Sur l'interprétation des faits de rapidité anormale dans le processus d'évocation des images. *IVe Congrès international de Psychologie*, Paris, Alcan, 1901, avec l'indication d'une riche bibliographie.

[2] TAINE. — *De l'Intelligence*, t. I, p. 400, 9e édition, Paris, Hachette, 1900.

cation haschischique, par exemple, où les pensées prennent corps et revêtent les apparences sensibles de la réalité. Le cas de Stefani est typique à cet égard. En un mot, l'hallucination de l'obsession est ce qu'on pourrait appeler une hallucination *représentative*[1]. »

Altération de la personnalité. — Nous venons de passer en revue les principaux désordres qu'amène l'anxiété dans l'individu physique et moral. Or, si nous nous souvenons que la personnalité humaine n'est qu'un complexus qui, en dernière analyse, peut se ramener aux trois conditions organiques, affectives et intellectuelles, nous arrivons presque à notre insu à cette conclusion, que le caractère dominant des états anxieux doit être une altération de la personnalité. C'est à ce résultat que nous conduit l'analyse psychologique et l'observation clinique ; et nous verrons dans la suite que les états anxieux deviennent de plus en plus complexes, à mesure que la personnalité est plus profondément altérée.

Bien que parmi les symptômes de l'anxiéte nous puissions observer des troubles des sens, on ne constate à leur suite aucune altération de la personnalité, car les sens ne font que nous renseigner sur les qualités du monde extérieur. « Les sens, dit M. Ribot, déterminent, circonscrivent la personnalité, mais ne la constituent pas [2]. » Il n'en est pas de même des troubles sensoriels que nous avons signalés plus haut et qui ont pour premier effet de désorganiser *le moi,* en déprimant d'abord la faculté de sentir, en la pervertissant ensuite. Les troubles affectifs, à leur tour, amènent une altération de la personnalité. « Les malades sont devenus insensibles à tout, ils n'ont plus d'affection ni pour leurs parents ni pour leurs enfants, et la mort des personnes qui leur étaient chères les laisserait absolument froids et indifférents. Ils ne peuvent plus pleurer et rien ne les émeut en dehors de leurs propres souffrances[3]. »

Tout concourt donc à désorganiser le moi.

« Il se forme ainsi, dit encore M. Ribot, un groupe d'états organiques et psychiques qui tendent à modifier la constitution du moi,

[1] Pitres et Régis. — *Séméiologie des obsessions et des idées fixes,* 1897.

[2] Ribot. — *Maladies de la personnalité,* Paris, Alcan.

[3] Falret. — *Archives générales de médecine,* décembre 1878.

profondément, dans sa nature intime, parce qu'ils n'agissent pas à la manière des émotions brusques, dont l'effet est violent et superficiel, mais par actions lentes, sourdes, d'une ténacité invincible. D'abord, cette nouvelle manière d'être apparaît à l'individu comme étrangère, hors de son moi. Peu à peu, par accoutumance, elle y fait sa place, en devient partie intégrante, en change la constitution et, si elle est de nature envahissante, le transforme en entier. »

C'est ce qui nous explique que des malades anxieux peuvent dire qu'ils sont insensibles, qu'ils n'ont plus d'affection ni pour leurs parents ni pour personne, qu'ils trouvent leurs sentiments changés, etc. Depuis ces simples modifications conscientes jusqu'au délire de négation et d'énormité il n'y a, au fond, qu'une altération plus ou moins profonde de la personnalité.

CHAPITRE III

1° Anxiété physiologique — 2° Anxiété dans les maladies somatiques — 3° Névrose anxieuse ou d'angoisse

1° ANXIÉTÉ PHYSIOLOGIQUE

Il existe, nous l'avons déjà dit, une *anxiété physiologique* ou plus exactement une anxiété *des états physiologiques,* qu'on rencontre chez les individus normaux, dans certaines circonstances de la vie, à l'état d'émotion passagère et dont la violence est en rapport avec la cause qui la produit. C'est dans cette forme d'anxiété que peut rentrer la hâte et l'inquiétude des chercheurs. C'est sans doute ce que Renaudin[1] avait en vue lorsqu'il écrivait : « Il est un sentiment que l'on confond quelquefois avec la crainte, et qui, cependant, doit en être distingué avec soin ; c'est cette attention plus ou moins inquiète qui précède l'accomplissement d'un fait ou la découverte d'un résultat. Combien l'attente est longue, avec quelles angoisses on doute de la réussite, on craint de perdre, on espère gagner, etc. »

Nous avons tous éprouvé de l'anxiété au moment d'un examen. On la connaît aussi sous forme de « trac » des orateurs, des professeurs et des artistes. Mosso[2] et Hartenberg[3] nous ont tracé de cette dernière forme des peintures saisissantes.

[1] RENAUDIN. — *Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*, Paris, Baillière, 1854, p. 93.

[2] MOSSO. — *La peur,* traduction Félix Hément, Paris, Alcan.

[3] HARTENBERG. — *Les timides et la timidité,* Paris, Alcan, 1901.

Nous savons que l'angoisse peut naître lorsque nous sommes en présence d'un danger inévitable, d'un malheur possible.

Nous savons aussi qu'elle existe chez les joueurs, et que c'est cette émotion même, plus ou moins dissimulée sous une froideur apparente, qu'ils recherchent surtout le plus souvent.

Tous les médecins connaissent l'angoisse des mourants. Angoisse et Agonie ont la même étymologie, αγωνὶα.

Tous ceux qui se sont attachés à dépeindre l'expression des émotions ont tracé des tableaux remarquables de ces états d'âme[1].

2° ANXIÉTÉ DANS LES MALADIES SOMATIQUES

L'anxiété se manifeste aussi dans des affections purement somatiques. Dans les maladies infectieuses, les sujets sont en proie à une violente anxiété qui les pousse parfois à sortir de leur lit et à fuir. De tels faits ont été signalés depuis longtemps dans le typhus abdominal, le choléra, la fièvre jaune, la lèpre[2]. L'anxiété a été trouvée dans les états fébriles et c'est là surtout qu'elle a été primitivement étudiée[3].

L'empoisonnement par la morsure des serpents détermine de l'anxiété[4].

Tout le monde connaît l'angoisse tabagique des fumeurs et de l'intoxication par la nicotine, de même que celle de l'empoisonnement par l'opium et l'oxyde de carbone. Nous verrons aussi plus loin, en examinant l'anxiété dans les psychopathies, que l'angoisse est un symptôme constant des psychoses d'intoxication.

[1] Darwin. — *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*, Paris, Reinwald, 1890, chap. xii.

[2] Griesinger. — Infections Krankheit. *Wirchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie,* II Bd, 2 Abt, Erlangen, 1864.

[3] Buechner. — *De causis anxietatis ægrotantium ejusque curatione.* Diss. in-4°, Halœ, 1747.

Heister (L.). — *Theoria et Therapia molesti febrium essentialium symptomatis, cujus signum est anxietas.* Diss. in-4°, Helmstadt, 1755.

Fasel (J.-F.). *De anxietate speciatim febrili.* Diss. in-4°, Iena, 1764.

[4] Huseman. — *Handbuch der Toxicologie*, Berlin, 1862, p. 308.

On rencontre également de l'anxiété à la suite d'excitation périphérique des nerfs, par exemple dans les affections cutanées. Emminghaus[1] a signalé un cas intéressant de *psoriasis avec angoisse.*

On rencontre encore de l'anxiété dans les hémorrhagies diffuses, surtout dans les hémorrhagies intestinales. Peut-être ici l'angoisse est-elle en rapport avec la défaillance du cœur et l'anémie du cerveau.

Mais c'est surtout dans les maladies du cœur que l'angoisse est le plus manifeste : dans l'angine de poitrine vraie, aussi bien que dans la fausse angine de poitrine, d'origine nerveuse, due soit à une névralgie du plexus cardiaque, soit à un spasme des artères.

Le tableau de l'angine de poitrine représente si complétement la crise d'angoisse, que nous croyons devoir reproduire l'excellente description qu'en a donnée M. Pierre Marie, d'après Charcot[2].

« L'attaque comprend plusieurs périodes.

« La première période est, à proprement parler, une période prodromique. Elle peut durer quelques heures, et même une journée entière, et se répéter plusieurs fois avant d'aboutir à la crise véritable. La malade éprouve alors des sensations très diverses et dont la plupart semblent déjà imputables à des troubles de l'innervation vasomotrice : douleur au cœur, sentiment d'oppression, engourdissement de toute la moitié gauche du corps, sensation de strangulation avec gêne de la déglutition, quintes de toux, irritabilité, insomnie, perte d'appétit. Avec la deuxième période débute l'attaque proprement dite. La malade éprouve tout à coup un saisissement, un serrement dans la région précordiale, accompagné d'une angoisse extrême et d'une terreur indicible ; elle croit qu'elle va mourir. La douleur précordiale s'irradie aussitôt dans le plexus cervico-brachial gauche, dans le domaine du cubital, et quelquefois se fait sentir jusque dans la jambe gauche. En même temps qu'éclate la douleur précordiale, la face devient très pâle, froide, livide. La respiration se ralentit et semble s'arrêter pendant l'inspiration qui est sifflante. Le pouls et les battements du cœur sont presque insensibles. Les

[1] EMMINGHAUS. — Psoriasis mit Angstzustanden, Berlin, *Klin. Wochensch*, 1873, n° 10.

[2] P. MARIE. — *Revue de médecine,* 1882.

pupilles se resserrent également des deux côtés. L'agitation de la malade est extrême ; elle cherche partout un point d'appui. Elle se sent de plus en plus défaillir et mourir. Cette seconde période dure de trois à six minutes. Les traits les plus dignes d'attention, dans ce tableau clinique, sont la pâleur de la face, la petitesse du pouls, l'affaiblissement des battements du cœur ; ils témoignent d'un spasme universel des vaisseaux artériels périphériques, intéressant probablement aussi les artères du cœur lui-même. La troisième période s'annonce par une modification de la coloration de la face, qui devient rouge et chaude. Une semblable modification s'observe aussi dans la moitié gauche du corps. Les battements du cœur sont maintenant très appréciables et deviennent de plus en plus énergiques. Le pouls bat cent trente à cent cinquante fois à la minute, avec des intermittences toutes les dix ou quinze pulsations. La respiration est plus fréquente, mais toujours sifflante, avec tendance à s'arrêter pendant l'inspiration. Cette période dure de dix à vingt minutes. Elle se caractérise par une réaction vaso-motrice intense. Au spasme artériel de la période précédente succède la dilatation des vaisseaux périphériques ; de là, la rougeur des téguments et l'accélération croissante des battements du cœur. Dans la dernière période, le cœur se ralentit ; il ne bat plus que cent à cent vingt fois par minute. En même temps, l'oppression diminue. Le principal phénomène est un tremblement général des membres, de la face, des paupières, des mâchoires ; la malade claque des dents ; on dirait le tremblement d'un frisson intense, au début d'un accès de fièvre intermittente. Ce tremblement dure une demi-heure à une heure ; il est très pénible pour la malade, et souvent la fait pleurer. »

L'importance toute particulière que prend le cœur dans l'anxiété et l'angoisse nous fait comprendre pourquoi ce symptôme se rencontre si fréquemment dans les affections du cœur.

A côté de la fausse angine de poitrine, d'origine nerveuse, on peut placer l'angine de poitrine vraie, qui est surtout remarquable aussi par l'angoisse qu'elle occasionne. Tous les phénomènes concomitants rappellent la symptomatologie de l'anxiété au plus haut degré. Les battements du cœur sont tumultueux et fréquents, puis le pouls devient faible et petit. La physionomie exprime la plus grande terreur. Bref, il y a la plus grande analogie entre l'angoisse de l'angine de poitrine et l'angoisse des affections mentales.

Les auteurs[1] qui ont parlé des délires dans les maladies du cœur décrivent des crises rappelant les véritables attaques d'angoisse.

L'anxiété se rencontre comme symptôme prédominant des grandes névroses (hystérie, neurasthénie, épilepsie). Elle constitue, pour ainsi dire, à elle seule la névrose d'angoisse, comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant.

3° NÉVROSE ANXIEUSE OU D'ANGOISSE

L'anxiété a, de tout temps, été considérée comme un symptôme important de la neurasthénie, et Beard[2] a décrit un certain nombre de formes dans lesquelles elle peut se rencontrer. Bouveret[3], sous le titre d'*états d'anxiété neurasthénique,* consacre un chapitre de son livre aux états anxieux neurasthéniques : « Dans la forme cérébrale de la neurasthénie, dit-il, quelquefois aussi dans les formes spinale et cerébro-spinale, il existe un affaiblissement notable de la force de résistance aux sensations et aux impressions morales. Cet affaiblissement, plus ou moins prononcé, peut être général ou partiel, et, dans ce cas, il ne se manifeste qu'à l'occasion de certaines sensations. Il engendre d'abord l'émotivité, un des traits les plus constants du neurasthénique. De l'émotivité procède la crainte qui, poussée à un certain degré, s'accompagne d'une anxiété véritable. Il n'est peut-être pas un neurasthénique dont le cerveau ne recèle une peur. Seulement, il faut la chercher, car très souvent le patient ne l'avoue pas volontiers. » A l'exemple de Beard, Bouveret décrit un certain nombre de phobies, qui ne sont que les formes variées sous lesquelles se manifeste l'anxiété. Déjà, le Dr Cordes[4], qui lui-même souffrait d'agoraphobie, avait appelé

[1] Kadisch Silbernick. — *Ueber Delirien bei Herzkranken.* Inaug. dissert., Wurzburg, 1875.

[2] G. Beard. — *A practical treatise on nervous Exhaustion.* Second and revised edition, New-York, William Wood a. C., 1880.

[3] L. Bouveret. — *La Neurasthénie,* Paris, Baillière, 1891.

[4] Cordes. — Die Platzangst, Symptom einer Erschöpfüngparese, *Arch. für Psych.,* III, 1872, p. 521. — Cordes. Einiges über Platzangst. *Arch. f. Psych.,* X, 1879.

l'attention sur l'anxiété, dont la peur des espaces comme toutes les craintes n'était qu'un symptôme. De tout temps l'anxiété a fait partie du cortège des stigmates de la neurasthénie. Mais c'est surtout dans ces dernières années, qu'à la suite des travaux de Kaan[1], Hecker[2], Freud[3], on a proposé de séparer de la neurasthénie un groupe de symptômes cliniques pour en faire un type morbide, sous le nom de « névrose d'angoisse ».

Pour Kaan, l'obsession est sous la dépendance d'un sentiment d'angoisse dont la source est dans la dégénération héréditaire ou la neurasthénie acquise, mais toujours les désordres du système neuro-vasculaire et les paresthésies rappellent les états d'angoisse des neurasthéniques.

Hecker, d'abord, insiste sur la fréquence de l'angoisse dans la neurasthénie[4], et dans un second mémoire, il déclare qu'il faut remplacer la formule généralement admise, « les symptômes de la neurasthénie sont ceux de l'épuisement », par la suivante : « les symptômes de la neurasthénie sont ceux de l'angoisse ». L'auteur entend par angoisse une affection dépressive de l'attention et de l'attente[5]. Freud crée pour ce complexus symptomatique le terme d' « angstneurose », névrose d'angoisse.

Nous allons passer rapidement en revue les grands symptômes de la névrose d'angoisse, d'après Freud[6].

1° *Irritabilité générale.* — Consistant en une exagération de l'excitabilité normale, ou dans l'impossibilité de supporter cette excitation accrue, et par suite, irritabilité absolue ou relative. Sa prin-

[1] KAAN. — Der Neurasthenische Angstaffect bei Zwangsvorstellùngen, *Jahrb. f. Psych.*, XI, 3, 1893.

[2] HECKER. — Ueber larvierte ùnd abortive Angstzùstande bei Neurasthenie. *Centralbl. f. Nerv. und Psych.*, déc. 1893.

[3] FREUD. — Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als « Angstneurose » abzùtrennen. *Neurol. Ctrbl.*, 1895, 2.

[4] HECKER. — *Loc. cit.*

[5] HECKER. — Ueber die Bedeutung des Angstaffectes in der Neurasthenie. — Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz, am 9 november 1895 zù Bonn. *In Allgemeine Zeitschr. f. Psych.*, Berlin, 1896.

[6] On trouvera un fidèle exposé de la théorie de Freud dans l'excellente monographie qu'a consacrée à la névrose d'angoisse M. le docteur Hartenberg (Paris, Alcan, 1902) et à laquelle nous ferons de nombreux emprunts.

cipale conséquence serait l'*hyperesthésie auditive,* susceptibilité extrême à l'égard des bruits, qui serait souvent cause d'insomnie.

2° *Attente anxieuse.* — Je ne puis mieux faire, dit Freud, pour dépeindre cet état, que de citer un exemple. Une femme qui souffre d'attente anxieuse, pense à propos de chaque accès de toux de son mari, atteint d'un catarrhe chronique, à une pneumonie grippale mortelle, et voit déjà, en imagination, passer le cortège funèbre. D'autres fois, lorsque rentrant chez elle elle se trouve en vue de sa maison et qu'elle aperçoit deux personnes réunies devant sa porte, elle ne peut s'empêcher de penser qu'un de ses enfants vient de tomber par la fenêtre. Si elle entend tinter la sonnette, c'est un message triste qu'on lui apporte, croit-elle, sans qu'aucun motif particulier explique ou justifie cette appréhension.

Cette attente anxieuse est le symptôme fondamental de la névrose d'angoisse, c'est elle qui lui donne son nom.

3° *Crise d'angoisse aiguë.* — L'angoisse peut apparaître brusquement à la conscience du sujet et donner lieu à une crise d'angoisse aiguë. Tantôt l'angoisse existe seule, tantôt elle s'associe à diverses représentations intellectuelles, telles que l'idée de mort imminente, d'attaque de paralysie, de folie menaçante, etc. D'autres fois, elle s'accompagne de troubles fonctionnels, respiratoires, circulatoires, sécrétoires.

4° *Équivalents de l'attaque d'angoisse.* — Les divers éléments ci-dessus mentionnés peuvent se combiner de différentes manières et constituer des *équivalents* de l'attaque d'angoisse sous des formes extrêmement variées. Ce sont ces variétés qui constituent les états d'angoisse larvée d'Hecker.

Freud distingue les formes suivantes :

a) *Avec troubles cardiaques,* palpitations, arythmie, tachycardie, faiblesse du cœur, dont la distinction avec les affections cardiaques vraies n'est pas toujours facile ; pseudo-angine de poitrine.

b) *Avec troubles respiratoires,* dyspnée nerveuse, asthme.

c) Éruptions de sueurs, souvent nocturnes.

d) Attaques de tremblement et de saisissement, difficiles à distinguer de phénomènes hystériques.

e) Crises de boulimie associées à du vertige.

f) Attaques de diarrhée.

g) Attaques de vertige locomoteur.

h) Attaques de congestion et de tout ce qu'on est convenu d'appeler neurasthénie vaso-motrice.

i) Attaques de paresthésies.

5° On rencontre aussi très fréquemment les terreurs nocturnes, accompagnées d'angoisse de dyspnée, de sueurs, etc. Ce trouble constitue une deuxième forme de l'insomnie de la névrose d'angoisse. C'est dans cette catégorie que rentreraient les peurs nocturnes des enfants.

6° Le vertige joue un rôle important dans la symptomatologie de la névrose d'angoisse. Dans sa forme atténuée, c'est un simple étourdissement. Le vertige de la névrose d'angoisse n'est pas un vertige de rotation, comme le vertige de Ménière ; c'est un vertige de locomotion ou de coordination, comme celui qui se produit dans la paralysie des muscles de l'œil. Il consiste en un malaise spécial, dans lequel on a la sensation que le sol ondoie comme une vague, tandis que les jambes ploient et que les genoux tremblent. Ce vertige peut aussi être remplacé par un évanouissement profond ; il y a même des états syncopaux qui peuvent simuler le collapsus cardiaque. Ces attaques de vertige sont souvent associées à des troubles cardio-pulmonaires.

7° C'est sur ce fond d'anxiété chronique (attente anxieuse) que se développent les *phobies* et les *obsessions* qui peuvent prendre toutes les formes connues (peur des serpents, de l'orage, de l'obscurité, de la vermine, etc., l'agoraphobie).

Les obsessions de la névrose d'angoisse présentent les caractères suivants : 1° elles naissent toujours d'une émotion unique, l'angoisse ou la peur ; 2° elles n'ont pas une origine psychique, aussi la psychothérapie n'a aucune prise sur elles.

Telle est en quelques mots la symptomatologie de la névrose d'angoisse, telle qu'elle a été tracée par Freud, telle qu'elle est admise par Hecker et telle qu'elle a été décrite en France par M. Hartenberg. Si tous les auteurs sont à peu près d'accord sur la symptomatologie, il n'en est pas de même sur l'étiologie.

Pour Freud, la névrose d'angoisse aurait toujours une étiologie d'ordre sexuel. Voici, d'après M. Hartenberg[1], la façon dont Freud

[1] HARTENBERG. — *Loc. cit.*, p. 6.

entendrait l'étiologie de la névrose d'angoisse. Les symptômes énumérés plus haut succéderaient, dans la très grande majorité des cas, à certaines habitudes anormales ou à certaines pratiques irrégulières de la vie sexuelle qui ont toutes pour effet de contrarier la satisfaction entière et complète des besoins naturels de la sexualité. Ces conditions défectueuses et nuisibles existent à la fois chez l'homme et chez la femme. Pour la clarté de l'exposition, nous les passerons en revue dans l'un et l'autre sexe.

1° Chez les femmes, la névrose d'angoisse se présente dans les cas suivants :

a) Chez les jeunes filles et les adolescentes, à la suite de la première révélation de la réalité sexuelle survenant tant soit peu brutalement par la vue d'un acte, par une conversation ou une lecture. Il se produit alors dans l'organisme une sorte de choc émotionnel, dont nous préciserons plus loin la nature et qui a pour résultat une névrose d'angoisse combinée d'une façon presque régulière avec l'hystérie.

b) Chez les jeunes mariées. Il n'est pas rare que les jeunes femmes qui sont restées insensibles pendant les premiers rapports sexuels tombent dans une névrose d'angoisse qui se dissipe quand l'anesthésie génitale a fait place à la sensibilité normale.

c) Chez les femmes dont les maris présentent de l'éjaculation précoce ou de l'affaiblissement de la puissance virile.

d) Chez les femmes dont les maris pratiquent le coït interrompu ou réservé.

Les cas de ces deux dernières catégories doivent être réunis, car l'analyse d'un grand nombre d'exemples montre que tout dépend d'une unique et même condition : si la femme obtient ou non, par le coït, la satisfaction complète.

Dans le cas d'impuissance du mari, le mécanisme est facile à comprendre. En revanche, les femmes des maris sujets à l'éjaculation précoce peuvent éviter la névrose, si leurs maris sont capables de recommencer immédiatement l'acte sexuel et de les conduire ainsi à une meilleure solution.

Le coït réservé au moyen du condom ne présente pas d'inconvénients pour la femme, si celle-ci est très excitable et si l'homme est très puissant ; dans le cas contraire, cette pratique préventive ne le cède en rien, en résultats fâcheux, aux autres irrégularités. Le coït

interrompu est presque toujours nuisible ; pourtant, il ne l'est en réalité pour la femme que si l'homme le pratique sans égards envers elle, c'est-à-dire s'il interrompt le coït au moment de l'éjaculation imminente, sans se préoccuper de la terminaison de l'excitation de la femme. Au contraire, s'il veut et peut attendre la satisfaction de cette dernière, les effets de ce coït ne diffèrent pas pour elle de ceux des relations normales ; mais c'est alors le mari qui est atteint par la névrose d'angoisse.

e) Chez les veuves et les femmes volontairement abstinentes, en combinaison fréquente et typique avec des obsessions.

f) Chez les femmes à la ménopause, durant la dernière poussée de l'appétit sexuel.

g) Chez les femmes adonnées à la masturbation qui suppriment brusquement cette habitude.

2° *Chez les hommes,* la névrose d'angoisse se présente dans des cas analogues aux précédents.

a) Chez les abstinents, en combinaison fréquente avec des symptômes de défense (obsessions, hystérie). Certains motifs volontaires d'abstinence font qu'on trouve dans cette catégorie une quantité de dégénérés, originaux, etc.

b) Chez les hommes qui pratiquent le coït interrompu. Comme nous l'avons déjà vu, le coït interrompu, nuisible pour la femme lorsqu'elle n'atteint pas à la satisfaction complète, l'est aussi pour l'homme, quand celui-ci, dans le but de satisfaire la femme, prolonge et dirige l'acte, en suspendant l'éjaculation. On comprend ainsi comment il se fait que d'habitude, dans un couple qui pratique le coït interrompu, un seul individu soit affecté. Chez l'homme, ces pratiques ne provoquent pas seulement une névrose d'angoisse pure, mais le plus souvent encore une neurasthénie surajoutée.

c) Chez les hommes à l'approche de la sénilité. Il existe, en effet, des hommes présentant des signes de ménopause analogue à celle de la femme, et qui, au moment où leur virilité décroît avec une dernière poussée de désir, sont atteints de névrose d'angoisse.

d) Chez les masturbateurs neurasthéniques qui, par la suppression brusque de ce mode de satisfaction, tombent dans la névrose d'angoisse. Cette cause agit semblablement chez la femme et chez l'homme. Par leurs habitudes prolongées, ces personnes se sont rendues incapables de supporter l'abstinence. Il faut remarquer

toutefois que la névrose d'angoisse ne survient que dans les cas où les hommes ont conservé une puissance virile suffisante et où les femmes n'ont pas perdu leur sensibilité génitale.

A côté de ces causes principales d'ordre sexuel, Freud admet cependant d'autres causes plus banales de la névrose d'angoisse. Celle-ci peut encore apparaître dans les deux sexes, à la suite de surmenage, de préoccupations épuisantes, de veilles, de soins donnés à des malades, de maladies graves, etc.

Enfin, dans l'histoire de certains patients, il est impossible de retrouver aucune cause provocatrice probable de la névrose d'angoisse. Mais une enquête soigneuse aboutit souvent à la découverte de tares héréditaires graves. Il faut alors considérer le syndrome névropathique comme une manifestation de la dégénérescence. Telles seraient, d'après Freud, les causes qui tiendraient la névrose d'angoisse sous leur dépendance.

La théorie de Freud telle que nous venons de l'exposer, a trouvé un certain nombre de partisans et beaucoup de contradicteurs. Qu'on puisse rencontrer des individus présentant la symptomatologie clinique de la névrose d'angoisse, cela est incontestable. Mais où l'accord est loin d'être fait, c'est surtout sur la question d'étiologie.

Gattel[1] a fait à ce dernier point de vue des recherches consciencieuses et a publié des tableaux intéressants à consulter, d'où il conclut que la névrose d'angoisse relève de quatre causes principales : abstinence, coït interrompu, excitation fruste et impuissance.

En France, nous trouvons les conceptions de Freud défendues par M. Tournier[2].

« La caractéristique de cette névrose, dit-il, est, en somme, cet envahissement du champ de la conscience par des idées fixes qui, toutes perçues, s'imposent comme des parasites à l'agrégat d'images et de sensations qui constituent le moi conscient. Celui-ci lutte pour s'en débarrasser et l'individu éprouve d'une part de l'irritabilité et d'autre part un malaise très spécial qu'exprime le terme *anxiété*.

« Les obsessions ou les phobies, lorsqu'elles existent avec prédomi-

[1] Dr F. Gattel.— *Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose*, Berlin, Hirschwald, 1898.

[2] C. Tournier. — Essai de classification étiologique des névroses, *Arch. d'anthropologie criminelle*, 15 janvier 1900, p. 28.

nance, sont des plus variées, car les unes et les autres demandent pour se préciser nettement une cause occasionnelle. »

« La maladie procède par poussées (*accès d'angoisse* très variés, *idées noires,* accès de larmes, accès de colère, idées de suicide, etc.) et s'accompagne souvent de manifestations vaso-motrices (pseudo-angine de poitrine par vaso-constriction périphérique, boulimie, etc.) »

Nous reconnaissons bien là le tableau clinique de la névrose d'angoisse de Freud. Pour M. Tournier, elle doit être distinguée de la neurasthénie. « Cette névrose naît souvent isolée, non associée et diffère très nettement de la neurasthénie. »

Enfin pour l'étiologie, M. Tournier dit : « *La cause de cette excitation du système nerveux provient exclusivement, dans les cas nombreux que j'ai observés, de la non-satisfaction du sens sexuel éveillé,* de la non-satisfaction de l'une ou de toutes ses modalités, sensations physiques, amour sentimental, amour des enfants. »

Parmi ceux qui se sont opposés le plus énergiquement à l'étiologie sexuelle de la névrose d'angoisse, on peut citer Lowenfeld, pour qui la névrose d'angoisse, relevant le plus souvent d'une tare héréditaire ou d'une émotion dépressive comme la peur, tiendrait une place intermédiaire entre la neurasthénie et l'hystérie[1].

M. Hartenberg[2], qui a fait une étude approfondie de la névrose d'angoisse, n'hésite pas à admettre sa réalité clinique et, à l'appui de son opinion, il cite une observation qui répond exactement au schéma de Freud. Mais il ne saurait admettre toujours, comme le voudrait Freud, à l'origine de la névrose, un besoin sexuel insatisfait.

Il en est de même de MM. Pitres et Régis, qui s'expriment ainsi à cet égard :

« Nous ne croyons pas, nous non plus, à l'origine exclusivement sexuelle des états obsédants. L'analyse de nos observations nous a démontré l'influence de l'hérédité comme cause prédisposante, celle du choc émotif accidentel comme cause occasionnelle. Elle nous a

[1] LOWENFELD. — Ueber die Vernüpfüng neurasthenischer ùnd hysterischer Symptome in Anfallsform nebst Bemerkungen über die Freud'sche « Angstneurose », *Münch. Med. Wochensch,* n° 13, 1895.

LOWENFELD. — Zùr Lehre von der neurotischen Angstzùstanden, *Münch. Méd. Wochenschs,* 1897.

[2] HARTENBERG. — *La névrose d'angoisse,* Paris, Alcan, 1901.

révélé ce fait imprévu que les obsessions débutent, dans plus de la moitié des cas, dans l'enfance ou l'adolescence, avant la fin de la quinzième année, à un âge par conséquent où les pratiques visées par la théorie de Freud ne sauraient être incriminées. Nous nous croyons donc autorisés à conclure que la satisfaction incomplète des excitations sexuelles n'est pas la cause spécifique des névroses anxieuses [1]. »

La question qui se pose maintenant est celle de savoir si la névrose d'angoisse constitue un syndrome bien défini qui mérite d'être séparé de la neurasthénie.

Nous connaissons déjà l'opinion de Freud par le titre même de son mémoire. Nous avons vu aussi que, pour Hecker [2], les symptômes de la neurasthénie sont ceux de l'angoisse. Hecker met aussi en lumière l'importance de l'angoisse dans le tableau symptomatique de la neurasthénie de la façon suivante :

1° D'après l'opinion unanime des auteurs, le surmenage et l'épuisement (à la fois physique et mental) ne constitue pas à lui seul la neurasthénie. Il s'y joint toujours un sentiment dépressif de l'attention (Bouveret, Mobius, Lowenfeld, von Hosslin, V. Krafft-Ebing).

2° L'importance de la prédisposition héréditaire se retrouve dans 75 °/₀ des cas. Elle consiste en une disposition anormale à l'angoisse, une inquiétude nerveuse, une tendance à la terreur. Mais parmi toutes les causes occasionnelles de neurasthénie, « l'attente anxieuse » ou le sentiment dépressif de l'attention joue le principal rôle. Et il rappelle l'opinion de von Hosslin qui dit : Le chagrin, la peur, le non-accomplissement des désirs caressés, l'ambition inquiète, les déboires dans la profession, la certitude que la puissance utilisable du travail ne peut suffire à ce qu'on voudrait faire, toutes ces circonstances sont des causes occasionnelles de la plus haute importance dans l'apparition de la neurasthénie.

Les symptômes somatiques concomitants de l'angoisse sont, jusque dans leurs plus petits détails, absolument identiques à ceux

[1] Pitres et Régis. — *Les obsessions et les impulsions,* O. Doin, Paris, 1902.

[2] Hecker. — Uber die Bedeutùng des Angstaffectes in der Neurasthenie. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, LII, Bd., 1896.

de la neurasthénie et ne peuvent pas être rangés dans les symptômes d'épuisement. Il n'y a peut-être que la douleur spéciale de la neurasthénie qui ne trouve aucun symptôme analogue dans la névrose d'angoisse.

En résumé, Hecker voudrait consacrer à la neurasthénie le terme de névrose d'angoisse et faire revivre l'ancien terme d'irritation spinale pour ce qui ne pourrait pas y rentrer.

M. Hartenberg[1] est d'avis de séparer la névrose d'angoisse de la neurasthénie et de réserver cette dernière dénomination au type classique tel qu'on le rencontre avec les six stigmates de Charcot : céphalée, rachialgie, asthénie neuro-musculaire, dépression cérébrale, insomnie, dyspepsie atonique.

MM. Pitres et Régis[2], ne pensent pas que la névrose d'angoisse représente une maladie spéciale. « C'est seulement un état morbide, un syndrome, duquel font partie l'anxiété, la phobie, etc., et qui se greffe le plus habituellement, à titre transitoire ou permanent, sur un fond soit neuropathique soit psychopathique. Ce syndrome d'angoisse s'associe le plus souvent à la neurasthénie et à la mélancolie, parce que ce sont là, de toutes les maladies, celles qui, par leur nature, par le fond constant d'inquiétude plus ou moins anxieuse qui réside en elles à l'état latent, se prêtent le mieux à son développement. Mais il peut survenir aussi dans toutes les autres névroses et dans nombre de psychoses. »

Nous pouvons résumer l'idée de ces auteurs, qui nous semble devoir rallier la majorité des opinions, en disant qu'il n'y a pas une *névrose d'angoisse* constituant une entité morbide distincte, mais un *syndrome d'angoisse* qui, « avec ses éléments d'anxiété paroxystique, s'associe à diverses maladies, en particulier à la neurasthénie et à la mélancolie, de façon à leur donner en quelque sorte le caractère de *névrose* ou de *psychose d'angoisse* ».

La névrose d'angoisse constituerait donc un état intermédiaire, un terme de passage entre les névroses et les psychoses à base d'anxiété, et, à ce titre, elle méritait de retenir un peu longuement notre attention.

[1] HARTENBERG. — *Loc. cit.*, p. 65.

[2] PITRES et RÉGIS. — *Loc. cit.*

CHAPITRE IV

Des psychopathies anxieuses

CONSTITUTION DU TYPE CLINIQUE

Sous le titre de psychopathies anxieuses, nous avons groupé certaines formes de vésanies qui présentent un ensemble de caractères communs permettant de les ranger dans la même catégorie. Ces affections n'éclatent pas d'emblée, mais depuis un temps plus ou moins long, souvent fort long, les malades souffraient d'anxiété. Le symptôme prédominant, à la période d'état, est l'angoisse sous ses différents aspects, et cela, quelle que soit la forme du délire.

Le délire lui-même possède ce caractère très important de présenter dans sa manière d'être et dans son évolution une véritable systématisation, une cohérence qu'on ne rencontre pas d'habitude dans les psychonévroses.

Enfin, la personnalité est toujours plus ou moins altérée.

Par leur symptomatologie, leur évolution et leur terminaison, les psychopathies anxieuses composent un groupe parfaitement homogène, à tel point que les diverses formes qui les composent sont difficiles à séparer les unes des autres et passent fréquemment de l'une à l'autre. Si l'on tient compte du caractère fondamental, l'*anxiété* ou l'*angoisse,* qui les distingue, ces vésanies méritent le nom de *psychoses d'angoisse* sous lequel nous les désignerons quelquefois.

Caractères généraux.— Symptomatologie clinique.— Les psychopathies anxieuses naissent toujours sur un fond d'anxiété préexistant qui fait déjà pressentir la forme de la maladie. Ce sont des

craintes vagues, des terreurs sans motif, des sensations pénibles qui portent le malade à s'analyser. D'autres fois, pendant la période prodromique, l'individu souffre de névrose d'angoisse, est en proie à des obsessions qui troublent plus ou moins sa conscience et transforment, par voie d'évolution progressive, un simple névropathe en un aliéné véritable.

Troubles de la sensibilité. — Les troubles de la sensibilité sont constants, très importants et les premiers en date. Déjà nous avons vu la place qu'ils occupent dans la symptomatologie de l'anxiété. Dans les psychoses d'angoisse, ces troubles sont les mêmes, mais encore plus accentués, et c'est à eux que revient la majeure part dans l'éclosion du délire.

Tous les modes d'excitation qui appartiennent à la sensibilité générale sont plus ou moins touchés. On peut noter l'*analgésie* ou l'*hyperalgésie*. Le premier cas nous explique les mutilations effroyables auxquelles les malades peuvent se livrer sans en manifester la moindre douleur. Sur le compte de l'hyperalgésie nous mettrons, au contraire, les sensations insupportables de certains hypocondriaques.

Il existe tout un groupe de sensations exagérées dans le délire du malade et qui paraissent être sous la dépendance de troubles vaso-moteurs. Ce sont les fourmillements, les sensations de froid, de chaud et de brûlure. Ces sensations occupent parfois des espaces très limités et se rencontrent sur toutes les régions du corps. L'aspect des téguments est le plus souvent modifié : tantôt la peau est comme irritée et vivement colorée ; tantôt, au contraire, elle est décolorée et exsangue : ainsi se révèle l'origine vaso-motrice du phénomène.

Les altérations fonctionnelles des muscles (sens musculaire) se manifestent par la sensation de lourdeur qu'on éprouve dans certains états de l'innervation. La contraction musculaire peut être atteinte dans son énergie, dans son étendue, dans sa durée, dans son rythme. Il y a quelquefois perte du sens musculaire, de la situation du corps et de ses rapports dans l'espace. C'est là certainement l'origine de certains troubles de la personnalité. M. Séglas[1] a

[1] SÉGLAS. — Délire des négations, *Encyclopédie des aide-mémoire*, Paris, Masson, 1895.

signalé aussi des troubles du sens musculaire qui font que les malades se sentent poussés, bousculés, transportés dans les airs, etc.

Les sensations tactiles articulaires donnent lieu à des phénomènes délirants.

Il semble que les sensations provenant des déplacements du sang, qui sont habituellement perçues à l'état normal, ne le soient plus ou soient mal interprétées dans les psychopathies anxieuses. On remarque en effet souvent que les troubles vaso-moteurs passent inaperçus, absorbés sans doute dans les phénomènes d'ordre psychique qu'ils déterminent.

Du côté des appareils circulatoire et respiratoire, nous avons les sensations d'oppression, d'étouffement, de constriction, sensations qui sont le point de départ d'un grand nombre d'impressions pathologiques.

Parmi les troubles des sensations viscérales les plus importantes, nous aurons à noter les céphalalgies, les sensations de plénitude ou de vide du cerveau, de corps étrangers.

Du côté de l'estomac et de l'intestin, les sensations ne sont habituellement perceptibles qu'aux deux extrémités. Les mouvements péristaltiques de l'intestin ne sont guère appréciables. Cependant, il existe certainement des troubles de la sensibilité viscérale dus à l'atonie ou à la paralysie, qui ont sur la couleur du délire la plus grande influence. Déjà, au congrès de Marseille, M. Régis [1] a appelé l'attention sur le rôle des troubles viscéraux dans l'apparition du délire de négation.

Nous avons récemment observé un malade atteint de mélancolie anxieuse chez lequel apparaissaient des idées de négation chaque fois qu'il avait de l'obstruction intestinale. Il semble qu'il y ait dans ces cas dissociation de la sensibilité générale en une sensibilité externe en rapport avec le milieu extérieur et en une sensibilité interne, gastro-intestinale, beaucoup plus obscure, mais dont les lésions déterminent des phénomènes curieux et peu observés.

On peut également rencontrer des sensations d'occlusion intestinale, de vide abdominal.

[1] *C. R. du Congrès de Marseille*, p. 187.

Du côté des organes génitaux, il existe des troubles de la sensibilité ressemblant beaucoup à des hallucinations ou à des illusions, phénomènes coïncidant le plus souvent avec des idées de possession. Le sentiment des besoins sexuels est généralement aboli.

Aussi bien que le besoin d'activité musculaire, le besoin d'activité psychique est troublé, et nos malades présentent à un haut degré ce phénomène auquel Beaunis a donné le nom de *tics moraux,* si fréquents dans l'angoisse et les états obsédants. L'activité psychique des individus est toujours en éveil, par suite de leurs craintes, de l'état d'attente dans lequel ils vivent.

Du côté des sens spéciaux, les sensations sont peu modifiées, quoique souvent hypertrophiées, et qu'il y ait des hyperesthésies, surtout auditives.

Troubles des représentations mentales. — Cotard[1] a appelé l'attention sur un état psychique propre aux anxieux chroniques et caractérisé par la négation de l'existence des objets extérieurs ou de la personnalité du malade lui-même. Cotard a désigné ce phénomène sous le nom de « perte de la vision mentale ». Les malades, dans cet état, ne peuvent se représenter les formes visuelles des choses ou des gens qu'ils ont connus. Cotard rapproche de la perte de la vision mentale la disparition des sentiments affectifs.

Hallucinations. — Elles peuvent ne pas exister, mais on les rencontre généralement souvent d'une façon intermittente. Il y a d'abord des hallucinations de la vue : les malades voient des flammes, des incendies, des supplices, l'enfer, le diable, etc. Généralement les personnages apparaissent comme des ombres, sans relief.

Il semble qu'il y ait des hallucinations auditives verbales, mais ce sont souvent des hallucinations élémentaires : le malade entend des bruits de cloche, des coups de fusil. Les hallucinations verbales auditives, lorsqu'elles existent, sont en rapport avec les préoccupations du sujet.

Les hallucinations les plus fréquentes sont celles que M. Séglas a appelées verbales motrices[2].

[1] COTARD. — Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse. *Arch. de Neurologie,* 1884, n° 21.

[2] SÉGLAS. — Les hallucinations dans leurs rapports avec la fonction du langage ; les hallucinations psycho-motrices, *Progrès médical,* 1888.

Les hallucinations génitales existent dans certaines formes de psychoses d'angoisse avec idées de possession.

On observe aussi fréquemment ces hallucinations auxquelles Tamburini [1] a donné le nom d'*hallucinations organiques*, constituant de fausses sensations dues aux lésions de la conscience viscérale. Ces hallucinations viscérales, dit Tamburini, peuvent, en quelques cas, avoir une origine périphérique, c'est-à-dire dans les viscères mêmes, par suite d'un état irritatif local, dont la sensation est transmise au cerveau, mais, dans bon nombre de cas, l'origine est tout à fait centrale, et c'est l'irritation du cerveau qui se projette sur les organes viscéraux.

Tandis qu'autrefois on pensait que les anxieux ne devaient leur anxiété qu'à un processus hallucinatoire, on est obligé d'admettre que les hallucinations sont sous la dépendance des troubles dus à l'anxiété.

Délire. — L'anxiété formant la base des psychoses d'angoisse, les idées délirantes auront toujours une teinte pénible ou douloureuse. L'attente anxieuse place, en effet, le malade sous la menace d'un danger ; ce sont donc des idées de crainte, de frayeur, de terreur qui domineront dans le délire. Les troubles de la cénesthésie feront naître des interprétations variées (idées hypocondriaques, de possession, de damnation, de négation, d'énormité).

Les hallucinations transporteront le malade dans un monde qu'il crée de toutes pièces, en rapport avec ses angoisses, et il arrivera aux plus étranges conceptions.

Toutes les idées de nature mélancolique constitueront donc le fond du délire.

Mode de réaction. — Ce qui constitue un des caractères fondamentaux des états anxieux, c'est le mode de réaction. C'est d'après le mode de réaction que nous jugerons du degré de l'angoisse. La sphère motrice présente une exaltation pouvant aller jusqu'aux manifestations les plus intenses. Tantôt tous les processus sont anéantis comme dans une violente panique, tantôt, au contraire, il y a un état d'éréthisme qui se traduit par les mouvements les plus variés et une véritable agitation.

[1] TAMBURINI. — Les aberrations de la conscience viscérale. *IVe Congrès international de Psychologie,* Paris, 1900.

Description des formes cliniques

Nous avons essayé, dans les pages qui précèdent, de dégager un type clinique reconnaissable aux symptômes que nous avons énumérés. Ce type clinique peut se diviser en quelques formes que nous allons examiner séparément.

La psychose d'angoisse par excellence est la mélancolie anxieuse. C'est donc par elle que nous devrions commencer la description des formes cliniques, mais il nous a semblé préférable de montrer d'abord qu'il n'y a pas de transition brusque entre la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse, et qu'il peut y avoir des cas de mélancolie anxieuse transitoire.

1° MÉLANCOLIE ANXIEUSE TRANSITOIRE. — FORME DE TRANSITION ENTRE LA MÉLANCOLIE SIMPLE ET LA MÉLANCOLIE ANXIEUSE.

Nous connaissons les états qu'on désigne sous les noms de *mélancolie simple, mélancolie sans délire, mélancolie avec conscience, hypocondrie morale,* cas qu'on rencontre fréquemment dans la clientèle privée et qui ne justifient pas, en général, l'internement dans un asile d'aliénés. M. Séglas a donné de ces états la définition suivante :

« La mélancolie est une psychonévrose qui, en plus de symptômes physiques d'une grande importance, est psychiquement caractérisée : 1° par la production d'un état cénesthétique pénible ; 2° par des modifications dans l'exercice des opérations intellectuelles ; 3° par un trouble morbide de la sensibilité morale se traduisant par un état de dépression douloureuse[1]. »

[1] SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses,* 1895, p. 282.

Parmi les troubles physiques, on retrouve beaucoup de ceux que nous avons donnés comme caractéristiques de l'anxiété, notamment les palpitations, l'angoisse précordiale et les troubles vasomoteurs.

C'est sur ce fond de mélancolie sans délire que va survenir tout à coup la crise d'angoisse transitoire, crise d'autant plus grande qu'elle est plus soudaine, apparaissant à la manière d'une attaque, et qu'elle peut entraîner les plus redoutables accidents.

Historique. — Guislain[1] avait remarqué chez certains malades atteints de mélancolie les caractères du désespoir porté à une véritable fureur, et il avait désigné cet état sous le nom de *rage mélancolique* (Rabies melancholica).

Griesinger[2] avait distingué une classe de mélancoliques avec tendance aux actes de violence et penchants de destruction.

C'est plus tard seulement que Krafft-Ebing[3] décrivit, sous la dénomination de *Melancholia transitoria,* des phénomènes psychopathiques caractérisés par une angoisse violente survenant sous forme d'attaque, phénomènes qu'il désigna dans la suite sous le nom de *raptus melancholicus*[4].

Enfin, aujourd'hui, Krafft-Ebing a fait de ces troubles transitoires une forme de la mélancolie qu'il considère comme *mélancolie avec angoisse précordiale*[5].

Pendant longtemps le raptus mélancolique fut considéré comme une des plus importantes manifestations de l'angoisse dans les psychopathies[6].

En France, nous considérons communément ces phénomènes comme « des paroxysmes anxieux » ou comme des « crises d'angoisse paroxystique au cours d'une psychopathie ».

Symptomatologie. — Au cours d'un état de mélancolie sans délire, d'une névrose d'angoisse ou encore chez un persécuté mélan-

[1] GUISLAIN. — *Leçons orales sur les Phrénopathies,* 1852, t. I, p. 133.

[2] GRIESINGER. — *Traité des maladies mentales,* 1845 et 1865. Trad. Doumic.

[3] KRAFFT-EBING. — *Transitorische Storüngen des Selbstwüstseins,* Erlangen, 1868.

[4] KRAFFT-EBING. — *Gründzüge der Criminal-Psychologie,* 1872.

[5] KRAFFT-EBING. — *Traité de Psychiatrie.* Trad. E. Laurent, 1897.

[6] V. DANITSCH. — *Die præcordial Angst,* Ch. Wurzburg, 1874.

colique, principalement le matin, survient une attaque d'angoisse. Celle-ci est généralement précédée d'une phase prodromique, sorte d'aura dans laquelle il y a une surexcitation anxieuse plus marquée, de l'irritabilité, des maux de tête, des vertiges, des sensations névralgiques et paralgiques (Krafft-Ebing).

Le malade qui, jusque-là, était abandonné à sa dépression mélancolique, sort brusquement de sa passivité. Il s'agite, en proie à une terreur indicible, à une véritable panique. Toutes les fonctions sont profondément atteintes et troublées. « Tous les processus psychiques (perception, association des idées, reproduction) sont profondément troublés et parfois même anéantis par cette panique violente. Le trouble de la perception, qui parfois même est supprimée, évoque l'idée que tout a sombré dans une catastrophe et qu'il ne reste debout qu'un semblant du monde; la faculté de conception est momentanément suspendue ou bien il existe encore un chaos d'images mentales pénibles qu'on ne peut dominer, qu'on ne peut plus associer, et au milieu desquelles peuvent apparaître des hallucinations terrifiantes, des délires d'anéantissement général, de la fin du monde, de possession par le diable. L'intelligence est profondément troublée et ce trouble peut aller jusqu'à la suppression temporaire de la conscience de soi-même [1]. »

Le malade se livre aux manifestations du plus grand désespoir, s'arrache les cheveux, déchire ses vêtements, et les impulsions les plus dangereuses sont possibles (meurtre, suicide, destruction de tout ce qui est à la portée du malade).

L'analgésie est complète et les mutilations sont fréquentes. Krafft-Ebing cite le cas d'un malade de Bergmann qui s'est arraché les yeux de l'orbite avec ses doigts.

Du côté de la respiration et de la circulation, on rencontre les symptômes de l'angoisse (fréquence des inspirations, accélération et irrégularité des battements du cœur, pouls petit, rapide). Les troubles vaso-moteurs sont profonds ; la peau est froide, pâle.

L'attaque cesse brusquement ; la peau se couvre de sueur, l'oppression cesse, l'angoisse disparaît et le malade donne les signes du plus grand soulagement. Il n'en reste qu'un vague souvenir qui,

[1] KRAFFT-EBING. — *Traité de Psychiatrie.*

le plus souvent, disparaît. La scène dure de quelques minutes à une demi-heure environ.

Causes. — L'origine de ces attaques d'angoisse transitoire semble résider surtout dans l'état habituel d'anxiété du malade et surgit sous l'influence d'une cause quelconque, principalement sous l'empire des représentations pénibles qui assaillent l'esprit des mélancoliques. Chez un persécuté mélancolique chez lequel nous avons observé des crises d'angoisse transitoire, l'attaque survenait à la suite d'une aura hallucinatoire dans laquelle le malade se sentait empoisonné[1].

Krafft-Ebing indique aussi comme cause du raptus l'hypothèse de troubles circulatoires sous la dépendance d'une névrose du sympathique.

Danitsch[2] rapproche cette attaque anxieuse du vertige d'angoisse (Schwimdelangst) des agoraphobes et le place sous la dépendance du système nerveux moteur.

2° Mélancolie anxieuse

La mélancolie anxieuse peut être considérée comme le type de la psychose d'angoisse.

Historique. — Pendant longtemps la mélancolie anxieuse fut confondue dans le groupe des lypémanies ou mélancolies, dont l'anxiété était un symptôme à peu près constant. Cependant Griesinger[3] oppose à l'immobilité habituelle des mélancoliques l'état d'agitation physique par laquelle traduisent leur inquiétude intime certains malades rentrant dans cette forme qu'il désigne sous le nom de *melancholia agitans* et *melancholia errabunda.* C'est Guislain[4] qui

[1] G. Lalanne. — *Les persécutés mélancoliques,* Bordeaux, Durand, 1897, p. 103.

[2] Danitsch. — *Ueber die præcordial Angst,* Wurzburg, 1874, p. 20.

[3] Griesinger. — *Psychische Krankheiten,* 1845. — *Traité des maladies mentales.* Trad. Doumic, 1865, 2e éd., p. 271.

[4] Guislain. — *Leçons orales sur les Phrénopathies,* 1852.

créa le terme de *mélancolie anxieuse* ou de *pneumomélancolie*, « eu égard au trouble qui règne dans les organes de la poitrine et aux angoisses que le malade éprouve et qui ressemblent à des accès de suffocation ».

A partir de ce moment, les termes ci-dessus indiqués sont de plus en plus consacrés par l'usage, et tandis qu'en France la *mélancolie anxieuse* reste le seul terme usité, nous voyons les mêmes états désignés en Allemagne sous le nom de *melancholia agitans, errabunda, activa* (Richarz).

Esquirol faisait rentrer la mélancolie anxieuse dans le groupe si étendu des lypémanies dans lequel elle reste confondue. Cependant il avait certainement ces malades en vue lorsqu'il écrivait : « Quelques lypémaniaques s'effraient de tout et leur vie se consume dans des angoisses perpétuellement renaissantes, tandis que d'autres sont terrifiés par un sentiment vague qui n'a aucun motif. *J'ai peur !* disent ces malades, *j'ai peur !* mais de quoi ? *Je n'en sais rien, mais j'ai peur !* Leur extérieur, leur physionomie, leurs actions, leurs discours, tout exprime en eux la frayeur la plus profonde, la plus poignante, de laquelle ils ne peuvent ni se distraire, ni triompher [1]. »

Morel les faisait rentrer dans ses délirants émotifs, et il les a décrits aussi sous le nom d'*aliénés gémisseurs* [2].

C'est Guislain qui introduisit dans la science le terme de mélancolie anxieuse, et tous les auteurs qui se sont occupés de maladies mentales l'ont considérée comme une variété de la mélancolie. Ainsi, Dagonet [3] admet huit formes de lypémanie, dont la lypémanie anxieuse ; Ball [4] admettait trois grandes variétés : la mélancolie avec conscience, la mélancolie dépressive avec tendance à la stupeur, enfin, la mélancolie anxieuse; Luys [5] fait de la mélancolie anxieuse un état lypémaniaque coexistant avec l'exaltation des ré-

[1] Esquirol. — *Maladies mentales*, t. I, p. 206.

[2] Morel — Du délire panophobique des aliénés gémisseurs. *Ann. méd. psych.*, 5e série, novembre 1871.

[3] Dagonet. — *Traité des maladies mentales*, Paris, Baillière, 1876.

[4] Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, Asselin, 1880-1883.

[5] Luys. — *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, Paris, Delahaye, 1881.

gions émotives; Falret[1] distingue trois groupes principaux de mélancolies : 1° la mélancolie avec conscience; 2° la mélancolie sans délire ; 3° la mélancolie anxieuse. Pour M. Régis[2] il n'y a là qu'une seule maladie : la mélancolie, dans laquelle rentre la mélancolie anxieuse, variant seulement d'aspect suivant qu'on l'envisage au point de vue des idées ou tendances prédominantes ou au point de vue de l'attitude générale ou du mode de réaction extérieure.

Pour M. Ballet[3], il y a lieu de décrire quatre formes principales de la mélancolie : 1° la mélancolie simple ; 2° la mélancolie dépressive avec idées délirantes ; 3° la mélancolie avec stupeur ; 4° la mélancolie anxieuse.

Krafft-Ebing[4] admet d'abord deux formes cliniques : la mélancolie simple et la mélancolie avec stupeur, et il divise le premier de ces groupes en mélancolie sans délire, mélancolie anxieuse, mélancolie délirante (avec idées religieuses ou idées hypocondriaques).

MM. Toulouse et Roubinovitch[5], dans leur division des mélancolies suivant le degré de réaction, admettent une mélancolie dépressive, une mélancolie avec stupeur, une mélancolie anxieuse.

Kræpelin[6], dans la 6e édition de son *Traité de Psychiatrie,* admet aussi une mélancolie active (anxieuse) et une mélancolie simple, périodique et sénile.

Nous voyons que tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales sont unanimes à admettre l'existence comme variété de mélancolie, d'une mélancolie anxieuse. Mais il s'agit ici de ce que nous pourrons appeler la *mélancolie anxieuse aiguë.*

A la suite de travaux fort intéressants dont nous allons faire un rapide historique, on a pu établir l'existence d'*une mélancolie*

[1] Falret. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. Société médico-psych. Séance du 11 novembre 1889, *Ann. méd. psych.,* janvier 1890.

[2] Régis. — *Manuel de maladies mentales,* 2e éd., Paris, Doin, 1892.

[3] Ballet. — In *Traité de médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud,* t. VI, 1894.

[5] Krafft-Ebing. — *Traité clinique de Psychiatrie.* Trad. E. Laurent, Paris, Maloine, 1897.

[5] Toulouse et Roubinovitch. — *La Mélancolie,* Paris, Masson, 1897.

[6] Kræpelin. — *Psychiatrie,* Sechste Auflage, II Bd, Leipzig, J. Ambrosius Barth, 1899, p. 327.

anxieuse chronique, forme encore mal définie et seulement assez timidement indiquée dans quelques traités récents de psychiatrie, et qui cependant mérite de faire l'objet d'une discussion approfondie.

Déjà, en 1880, Cotard [1] avait, le premier, attiré l'attention sur un singulier délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse, délire dont on trouvait l'analogue dans cinq observations d'Esquirol et dans d'autres observations de Leuret, Petit, Macario, Morel, Krafft-Ebing. Chez tous les malades, le délire hypocondriaque présente la plus grande analogie : ils n'ont plus de cerveau, plus d'estomac, plus de cœur, plus de sang, plus d'âme, quelquefois ils n'ont plus de nerfs. Quelques-uns s'imaginent qu'ils sont pourris, d'autres qu'ils sont damnés, d'autres disent enfin que Dieu n'existe pas, etc.

Aux idées hypocondriaques se joint très fréquemment l'idée d'immortalité qui, dans certains cas, paraît s'en déduire suivant une certaine logique.

Enfin, Cotard trouve que ces malades se rapprochent beaucoup des mélancoliques anxieux : « Ils sont dans un état d'angoisse et d'anxiété intenses; ils gémissent, parlent sans cesse, répètent constamment les mêmes plaintes et implorent du secours ; leurs idées hypocondriaques semblent n'être qu'une interprétation délirante des sensations maladives qu'éprouvent les malades atteints de mélancolie anxieuse commune. »

Cotard donne pour cette forme de mélancolie anxieuse grave les caractères suivants :

1° Anxiété mélancolique ;

2° Idée de damnation ou de possession ;

3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ;

4° Analgésie ;

5° Idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc. ;

6° Idée de ne pouvoir jamais mourir.

Dans un second mémoire [2] paru deux ans plus tard, Cotard

[1] COTARD. — Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Soc. méd. psych.*, 28 juin 1880 ; *Ann. méd. psych.*, septembre 1880.

[2] COTARD. — Du délire des négations. *Arch. de Neurol.*, n°s 11 et 12, 1882.

expose une évolution délirante spéciale, propre aux mélancoliques anxieux et reposant sur les dispositions négatives habituelles à ces malades. Il désigne cet état sous le nom de *délire des négations* et l'oppose au délire des persécutions de Lasègue.

M. Séglas [1] publie, quelque temps après, une très remarquable observation de mélancolie anxieuse avec idées hypocondriaques de destruction d'organes, de damnation, d'immortalité, rappelant en tout les symptômes attribués par Cotard au délire des négations. M. Seglas n'hésite pas à faire de ce cas une forme particulière, grave, de mélancolie anxieuse.

Dans le courant de la même année, M. le Dr Paris [2] publie une observation de lypémanie chronique avec délire des négations, mais il ne l'accompagne d'aucune réflexion.

Un peu plus tard, M. Séglas [3] fait connaître un nouveau cas de mélancolie anxieuse avec délire des négations, dans lequel on retrouve les symptômes de Cotard, mais où les idées de damnation sont remplacées par des idées de persécution et les idées d'immortalité par des idées de grandeur. Mais ce qui fait le principal intérêt de ce travail, c'est qu'ici M. Séglas considère cette mélancolie anxieuse ainsi aggravée comme période terminale, ou tout au moins avancée de certains états mélancoliques correspondant à ce qu'à l'étranger plusieurs auteurs ont désigné du nom de Paranoïa secondaire ou de « Secundare Verruckteit ».

En 1888, Cotard [4] publie un nouveau mémoire sur le délire d'énormité, qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° A une période plus ou moins avancée du délire anxieux se produit souvent une pseudo-mégalomanie, caractérisée principalement par des idées d'immortalité, d'immensité, etc., que je propose de désigner sous le nom de *délire d'énormité,* pour la distinguer du véritable délire de grandeur.

2° Le délire d'énormité peut aboutir, dans des cas très chroniques, à de véritables idées de grandeur.

[1] Séglas. — Note sur un cas de mélancolie anxieuse, *Arch. de Neurol.,* 1884.

[2] Paris. — Lypémanie chronique avec délire des négations, *Ann. méd. psych.,* janvier 1884.

[3] Séglas. — Mélancolie anxieuse avec délire des négations, *Progrès médical,* 12 novembre 1887.

[4] Cotard. — Délire d'énormité, *Soc. méd. psych.* Séance du 26 mars 1888.

3° L'apparition d'idées de grandeur à une période avancée d'un délire chronique n'est pas spéciale au délire des persécutions.

Nous arrivons ainsi au Congrès de Blois, en 1892, où la question du délire des négations fut mise en discussion sur un rapport de M. le Dr Camuset[1]. Parmi les conclusions de ce rapport, nous remarquons les propositions suivantes : On observe les idées de négation dans les états mélancoliques anxieux. Elles se combinent souvent alors à des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, et il en résulte un tableau clinique particulier ; mais, bien souvent, cette combinaison délirante est incomplète ou manque complètement : les malades ne se croient ni possédés, ni immortels.

M. le Dr Camuset déclare qu'il n'a personnellement jamais observé des faits de ce genre à l'asile de Bonneval. MM. Paul Garnier et Charpentier se montrèrent des adversaires des idées en discussion, mais celles-ci trouvèrent d'énergiques défenseurs en MM. Régis, Séglas, Falret, Pichenot, Carrier, Vallon, Ballet, Mordret, qui sont venus nous apporter des documents cliniques confirmatifs des idées de Cotard.

Toutefois, il semble résulter de la discussion qui eut lieu qu'on se préoccupa beaucoup moins de tirer des documents apportés des conclusions pratiques que de savoir si Cotard avait ou non voulu créer une nouvelle entité morbide.

Depuis cette époque, les matériaux se sont accumulés, démontrant la réalité du *syndrome de Cotard*[2], nom sous lequel M. Régis a proposé de désigner la symptomatologie du délire des négations. Malgré l'importance de ces travaux, nous ne pouvons les passer tous en revue. Qu'il nous suffise de citer les noms de Dagonet[3], Arnaud[4],

[1] Camuset. — Du délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique. *Rapport au Congrès annuel de médecine mentale*, 3e session, Blois, 1892.

[2] Régis. — Note historique et clinique sur le délire des négations, *Gazette médicale de Paris*, nos 6 et 7, février 1893.

[3] Dagonet. — Mélancolie anxieuse chronique avec délire systématisé de négation et dissolution de la personnalité. *Bulletin de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1891.

[4] Arnaud. — Sur le délire des négations. *Ann. méd. psych.*, novembre 1892.

Joao Barreira [1], Cristiani [2], Paris [3], de Cool [4], Toulouse [5], Serbsky [6], Sourdille [7], Masoin [8], qui sont venus apporter des documents de première valeur, qui nous aideront à formuler des conclusions générales. Parmi ceux qui ont le plus contribué à la connaissance du délire anxieux chronique, tout le monde est d'accord pour placer le nom de M. Séglas à côté de celui de Cotard. M. Séglas a condensé en un volume la séméiologie des idées de négation ; il nous excusera d'y faire de nombreux emprunts.

Plus récemment, le Dr Obici [9] fait connaître une nouvelle interprétation du délire des négations. Pour lui, ce n'est pas un délire autonome, il peut se rencontrer dans une foule de maladies (délire de collapsus, Amentia). Dans la mélancolie régressive, les idées de négation sont fréquentes et le plus souvent systématisées. Obici rapporte les idées de négation aux formes graves de mélancolie que Kræpelin rattache à un processus d'involution sénile.

On voit que sur le seul délire des négations l'entente n'est pas faite. Les uns en font une forme morbide spéciale, d'autres en font un délire systématisé secondaire [10].

M. Séglas se rattache à cette dernière opinion, « en spécifiant bien que l'apparition du syndrome de Cotard n'impliquait nullement une transformation de la forme morbide première en une autre

[1] Joao Barreira. — *O delirio de negaçoes*, Porto, 1892.

[2] Cristiani. — Delirio di negazione, *Nuova rivista di Psichiatria*, nos 8, 9, 10, 1892.

[3] Paris. — Lypémanie anxieuse avec délire des négations. *Congrès de méd. ment. de La Rochelle*, 1893.

[4] De Cool. — Contribution à l'étude du délire des négations. *Th. de Paris*, 1893.

[5] Toulouse. — Note sur un cas de délire des négations, *Ann. méd. psych.*, 1893. — Délire des négations à apparition précoce chez une mélancolique, *Bulletin de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1893. — Le délire des négations, *Gaz. des Hôp.*, 1893.

[6] Serbsky. — Sur le délire des négations. *Anal. in Arch. de Neurologie*, novembre 1893.

[7] Séglas et Sourdille. — Mélancolie anxieuse avec délire des négations. *Ann. méd. psych.*, 1893.

[8] Masoin. — Observations pour servir à l'histoire du délire des négations. *Ann. méd. psych.*, mars-avril 1901.

[9] G. Obici. — Sul cosi detto « delirio di negazione ». *Riv. sperim. di Frenatr.*, vol. XXVI, fasc. 1-2.

[10] Anglade. — Délires systématisés secondaires. *Congrès de Marseille*, 1899.

forme vésanique, mais marquait simplement une étape dans l'évolution générale de la maladie, en tant que délire systématisé secondaire ayant la signification du passage à la chronicité, puis à l'affaiblissement intellectuel [1] ».

En résumé, de tout ce faisceau de documents nous pouvons tirer un enseignement qui avait été entrevu par MM. Vallon et Marie [2] lorsqu'ils écrivaient : « On le voit, dans le groupe des mélancolies, on peut distinguer des types de mélancolie vraie, essentielle, ayant des caractères particuliers, une évolution spéciale et, à côté, de simples idées mélancoliques occupant dans l'ensemble symptomatique une place accessoire. Quand le délire mélancolique vrai passe à l'état chronique, il se systématise, se cristallise, si l'on peut parler ainsi, comme le délire des persécutions. »

« Nous attribuons précisément à ces deux mots (*délire* par opposition à *idées*) le même sens qu'on attribue aux mêmes expressions en ce qui concerne les persécutés. De même qu'il y a des malades à idées de persécution symptomatiques, et des malades à délire de persécution idiopathique, de même il y a des malades à idées mélancoliques et d'autres à délire mélancolique systématisé. C'est ce dernier que cette étude a pour but d'isoler en une entité clinique comparable à la maladie de Lasègue, ainsi qu'avait commencé à le faire Cotard dans son délire chronique des négations. »

Le délire anxieux chronique a sa place marquée d'ores et déjà dans les traités récents de psychiatrie.

Dans la deuxième édition de son *Manuel de médecine mentale*, M. Régis consacre un chapitre à la mélancolie chronique [3].

M. Gilbert Ballet [4] expose en quelques pages le délire des négations, aboutissant de certaines formes de mélancolie, spécialement de la forme anxieuse lorsqu'elles passent à la chronicité.

MM. Toulouse et Roubinovitch [5] passent en revue cette forme chronique de la mélancolie anxieuse.

[1] SÉGLAS. — *Soc. méd. psych.*, séance du 17 décembre 1900.

[2] VALLON et MARIE. — Le délire mélancolique, *Arch. de Neurologie*, mai et juin 1898.

[3] RÉGIS. — *Manuel de médecine mentale*, 2e édition, Paris, Doin, 1892.

[4] G. BALLET. — Les Psychoses, in *Traité de médecine Charcot, Bouchard, Brissaud.*

[5] TOULOUSE et ROUBINOVITCH. — *La Mélancolie*, Masson, 1897.

M. le Dr Kéraval[1], dans son récent manuel, signale également la mélancolie chronique comme une forme définitivement établie.

Disons, en terminant ce court historique, que cette nouvelle acquisition de la nosographie mentale revient tout entière à la psychiatrie française. Les quelques mémoires parus à l'étranger n'ont été que la confirmation des faits annoncés par MM. Cotard, Séglas et autres aliénistes français dont nous avons cité les noms, et auxquels revient tout le mérite de cette nouvelle conquête scientifique.

Symptomatologie et Évolution. — La mélancolie chronique succède généralement à une phase de mélancolie anxieuse primitive, mais elle peut aussi succéder à la mélancolie dépressive (Régis). Elle survient fréquemment à la suite de la névrose d'angoisse, comme nous le verrons plus loin.

« Tel malade, dit M. Séglas, qui n'était au début qu'un mélancolique conscient, est devenu peu à peu un délirant mélancolique ordinaire, et plus tard a présenté tous les signes du syndrome de Cotard[2]. »

Mais ce qui domine surtout chez les délirants mélancoliques chroniques, c'est l'anxiété, l'angoisse, avec ses troubles profonds de la cénesthésie qui, comme nous l'avons vu, facilitent singulièrement les altérations de la personnalité. Ces malades ont été, le plus souvent toute leur vie, des anxieux, des émotifs, des inquiets, des douteurs, des individus à tendance aux émotions localisées (Sollier). Ces *émotions localisées* déplacent, si l'on peut s'exprimer ainsi, le centre de la personnalité. Calmeil[3] cite, d'après Pinel, l'observation d'une femme qui traduit ainsi ses sensations viscérales : « C'est, dit-elle, comme si dans mon ventre était placé un ressort auquel tiennent tous les filaments, toutes les fibres de ma poitrine, de mon dos, de mes reins, de mes jambes, et qu'une certaine secousse ferait tout mouvoir à la fois. Le principe de mon mal est dans mon ventre ; il est tellement sensible que peine, douleur, plaisir, en un mot toutes espèces d'affections morales, ont là leur principe ; un

[1] KÉRAVAL. — *La pratique de la médecine mentale*, Paris, Vigot, 1901.

[2] SÉGLAS. — *Leçons cliniques*, p. 476.

[3] CALMEIL. — *De la folie*, Paris, Baillière, 1845.

seul regard désobligeant me blesse dans cette partie si sensiblement que toute la machine en est ébranlée ; au même instant, chaleur dans le dos, sueur aux aisselles, tremblements, etc.; je pense par le ventre, si je puis m'exprimer ainsi. »

Ici, plus que dans tout autre état mélancolique, les troubles intellectuels sont précédés des troubles physiques et on reconnaît en ceux-ci les désordres propres à l'anxiété.

Le délire anxieux chronique, dans sa forme type, présente les phases suivantes :

1° Une phase de mélancolie primitive, avec idées délirantes habituelles aux mélancoliques, idées d'indignité, de culpabilité, de ruine, d'auto-accusation.

2° Une période de doute pendant laquelle le malade présenterait un délire d'interrogation [1] (Vallon). « Avant de nier l'existence de quelque chose, de quelqu'un, de lui-même, il doute de l'existence de ce quelque chose, de ce quelqu'un, de lui-même, et on l'entend pendant un temps plus ou moins long s'interroger à haute voix et dire : telle chose existe-t-elle, telle personne existe-t-elle, est-ce que j'existe moi-même ? Puis il finit par répondre : non, cela n'existe pas ; non, telle personne n'existe pas ; non, je n'existe pas moi-même ; il ne doute plus, il ne s'interroge plus, il nie formellement : c'est la période de négation confirmée. »

M. Ritti rapproche cette période de ce que Lasègue a décrit sous le nom de *mélancolie perplexe.*

3° Un délire mélancolique avec idées de négation, de damnation, de possession, traduisant toutes une altération de la personnalité. Les idées de négation sont les plus importantes, puisque ce sont elles qui ont donné le nom au délire. Elles peuvent être partielles ou générales, porter sur la personnalité physique (le malade n'a plus d'estomac, plus de langue, plus de cerveau, plus d'organes), ou morale, ou intellectuelle (il n'a plus de pensées, plus de sentiments, plus de facultés). Quelquefois, la négation s'étend à tout. Les malades vont même jusqu'à nier leur propre existence. Les idées de damnation sont, les unes des craintes de damnation (démonophobie, Guislain), les autres, des idées de damnation vraie.

[1] VALLON. — *Congrès de Blois, C. R.*, p. 109.

« Les craintes de damnation, dit M. Séglas, sont toujours secondaires ; tentatives d'explications cherchées par le malade à l'état pénible dans lequel il se trouve. S'il craint d'être damné, c'est qu'il doit expier des fautes ; il n'est qu'un coupable dont les crimes ont attiré sur lui un châtiment mérité, mais dont l'horreur qu'il en a ne cesse de provoquer des gémissements. Il sera damné pour ses fautes passées, et ses souffrances présentes ne sont que le prélude de supplices infernaux [1]. »

Dans d'autres cas, il s'agit d'une véritable démonomanie ; le malade est lui-même Satan, l'Antechrist. Généralement, cette démonomanie vraie se confond avec l'idée de possession démoniaque. Le démon habite le corps du malade, dirige ses actes, domine sa personnalité tout entière, mais le but de ses interventions est toujours mauvais, toujours pour rabaisser et avilir la personnalité du malade et en rapport avec le fond d'auto-accusation.

4° Le délire passe à une phase de mégalomanie qui se déduit logiquement des idées de négation, véritable *mégalo-mélancolie,* selon l'expression de M. Régis. « Dans certains cas, cette idée est en quelque sorte logiquement déduite des autres conceptions délirantes. Les malades, par exemple, disent qu'ils ne mourront pas, parce que leur corps n'est pas dans les conditions ordinaires d'organisation; que s'ils avaient pu mourir, ils seraient morts depuis longtemps; ils sont dans un état qui n'est ni la vie ni la mort : ils sont morts-vivants.

« Ces idées d'immortalité s'étayant sur des conceptions élémentaires d'organes détruits, de fonctions abolies, sont bien étroitement liées au délire des négations [2]. »

Il y a la plus grande analogie entre ces idées de grandeur mélancoliques, ces idées d'immortalité et les idées qui forment le contenu de ce que Cotard [3] a appelé *délire d'énormité.* « Si on examine avec un peu d'attention les immortels, on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais qu'ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille

[1] Séglas. — *Délire des négations,* p. 27.

[2] Séglas. — *Ibid.,* p. 15.

[3] Cotard. — Délire d'énormité, *Soc. méd., psych.,* 26 mars 1888.

est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Une démonopathe immortelle s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village, démolir, comme un bélier, les murs de l'église. Quelquefois, le corps n'a pas de limites, il s'étend à l'infini et se fusionne avec l'univers. Ces malades, qui n'étaient rien, en arrivent à être tout. »

Ce délire des grandeurs mélancolique ne saurait être confondu avec le délire des grandeurs de la folie systématisé. Il ne marque qu'un degré extrême dans le délire mélancolique. « Ces délirants par énormité sont plus que jamais lamentables, gémisseurs et désespérés. »

La réalité des faits ne répond pas toujours à l'enchaînement régulier tel que nous venons de l'exposer. De même que dans le délire de persécution de Lasègue, on trouve ici l'ordre d'apparition des délires souvent perverti.

M. Séglas a proposé six divisions dans lesquelles prendraient place tous les cas connus de lui :

1° Les cas types ;

2° Les cas frustes auxquels manquent un ou plusieurs symptômes (idées de damnation, de possession ou d'immortalité) ;

3° Les cas à évolution régulière, mais rapide, continue ou intermittente, et avec symptomatologie complète ;

4° Les cas dont l'évolution est identique, mais avec symptomatologie fruste (combinaison des cas 2 et 3) ;

5° Les cas à évolution irrégulière, encore mal définis ;

6° Enfin, les cas où l'on observe des idées de négation chez des mélancoliques, mais d'une façon épisodique.

Quelle est la terminaison de ces cas chroniques de mélancolie anxieuse ? Ici, les avis sont peut-être partagés.

Pour M. Falret, le délire de négation est un signe de chronicité avancée. A ce point de vue, c'est un signe peu favorable, mais ce n'est pas, ainsi qu'on pourrait le croire, un signe d'incurabilité absolue [1].

[1] Falret. — *Congrès de Blois, C. R.*

Pour M. Régis [1], la mélancolie chronique est incurable. Elle peut se prolonger indéfiniment et verser à la longue dans une démence spéciale (démence mélancolique) ou se terminer à un moment quelconque de son cours par la mort (suicide, maladie chronique des viscères, affection aiguë incidente).

Nous avons eu l'occasion de connaître une dame atteinte de mélancolie anxieuse chronique chez laquelle le premier accès remontait à trente ans. Après une phase de mélancolie anxieuse aiguë elle présenta des idées de négation et d'énormité qui s'atténuèrent à tel point qu'elle put reprendre sa place dans la société. Actuellement, elle vit dans sa famille comme tout le monde, avec un simple besoin de mouvements anxieux et quelques crises d'anxiété matinales, qni ont même une tendance à disparaître. De temps en temps elle déclare qu'elle n'a pas d'entrailles, ces idées de négation coïncidant avec des périodes de constipation. Il lui arrive aussi de se dire immortelle, puisqu'elle vit sans entrailles, ou bien encore qu'elle est morte depuis longtemps. Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'elle n'ignore pas l'absurdité de pareilles conceptions et qu'elle est la première à en rire et en plaisanter. Preuve de plus de l'origine plutôt somatique qu'intellectuelle de ce délire.

Malgré la chronicité, ce délire n'est donc pas fatalement incurable, surtout si l'intelligence reste intacte. Il est possible que les premiers troubles de l'anxiété entraînent à leur suite la chute de la personnalité, mais, à la longue, la personnalité se reforme et se soumet à une nouvelle adaptation au milieu.

3° Psychoses d'obsession progressive — Transformation des obsessions en psychose

Historique.— Les obsessions ont toujours joué un rôle important dans la symptomatologie psychiatrique, qu'elles soient confondues dans les monomanies d'Esquirol, les pseudo-monomanies de Delasiauve, ou qu'elles viennent rentrer dans le délire émotif de Morel.

[1] Régis. — *Manuel de médecine mentale*, 2e édition, p. 198.

Pour ce qui nous occupe, les descriptions qui en ont été données aux différentes époques de leur histoire présentent les obsessions comme ne s'accompagnant pas de trouble mental, et il s'en est fallu de peu que quelques auteurs soient allés jusqu'à affirmer que l'obsession mettait à l'abri d'une psychose ultérieure, se basant en cela sur le caractère si important de la conservation de la conscience.

Le Congrès international de 1889, après la discussion du rapport de M. Falret sur les obsessions, adopta les conclusions suivantes : les obsessions sont toutes accompagnées de la conscience de l'état du malade ; elles sont héréditaires, rémittentes, périodiques ou intermittentes ; elles s'accompagnent toujours d'anxiété, d'angoisse, d'hésitation dans la pensée et dans les actes, de symptômes émotifs plus ou moins accentués ; elles ne s'accompagnent jamais d'hallucinations ; elles ne se transforment pas en d'autres maladies mentales ; elles n'aboutissent jamais à la démence ; elles peuvent quelquefois se compliquer de délire de persécution ou de délire de mélancolie, mais tout en conservant leurs caractères primitifs.

En ne retenant de ces conclusions que ce qui nous intéresse directement, nous voyons que l'opinion qui prévalut est celle qui admet que les obsessions ne se transforment jamais en délire, que lorsque l'obsédé présente un délire soit de persécution, soit de mélancolie, ce dernier n'est jamais une transformation de l'obsession.

Déjà, lors du Congrès de 1889, cette opinion est combattue par M. Charpentier, mais elle est généralement acceptée par les aliénistes les plus autorisés.

Depuis cette époque, le rapport présenté au Congrès international de médecine de Moscou par MM. Pitres et Régis, sous le titre de : « Séméiologie des obsessions et des idées fixes », est certainement l'apport le plus considérable à la question. A la page 83 de leur mémoire, ces auteurs s'expriment ainsi : « Passage à la folie. — Une dernière terminaison, ou si l'on veut, une complication de l'obsession dont nous devons dire un mot parce qu'elle soulève une question discutée, est celle qui a trait à la folie. » Et plus loin ils ajoutent : « Nous pouvons conclure, pensons-nous, que dans quelques cas l'obsession vraie peut verser dans l'aliénation mentale. » A l'appui de leur opinion, MM. Pitres et Régis citent leur statistique qui montre que, sur 250 cas d'obsessions vraies, ils ont trouvé 6 cas de psychose avérée et 11 cas de transition dans lesquels la psychose était en voie d'organisation.

Nous avons déjà dit qu'en France les conclusions du rapport de M. Falret furent adoptées, ce qui est confirmé par MM. Magnan et Legrain qui écrivent : « D'autres fois, l'obsession n'a d'autre terminaison que la mort même du malade, non pas que le syndrome lui-même soit susceptible de la provoquer, mais parce que s'incorporant d'une façon définitive à l'existence mentale des sujets, il les accompagne jusqu'à leur fin à la manière d'une infirmité incurable. Mais, c'est un fait remarquable, jamais dans ce cas on n'observe la moindre modification du syndrome, qui reste toujours semblable à lui-même. Il n'évolue pas, il ne se transforme pas ; jamais il ne devient l'origine d'un délire proprement dit, comme on l'écrit quelquefois, en confondant l'idée obsédante avec l'obsession pure ; jamais il ne se termine par la démence » ; et quelques lignes plus loin ils ajoutent : « Si le syndromique devient dément, il ne le devient pas parce qu'il est syndromique, il le serait devenu par un autre procédé ; en d'autres termes, cette démence ne constitue pas la période ultime de l'histoire de son syndrome[1]. »

Telle n'est pas l'opinion de M. Séglas, pour qui « les obsédés deviennent parfois des hypocondriaques délirants ou commencent un délire systématisé des persécutions ». M. Séglas admet aussi chez eux le suicide comme terminaison, mais pour se soustraire par la mort à leurs tortures.

Telle est, en peu de mots, l'état de la question en France.

A peu près vers la même époque où Morel réunissait tout ce qui a trait aux obsessions et aux idées fixes sous le nom de délire émotif (1866), Krafft-Ebing introduisait dans la littérature psychiatrique le terme de « Zwangsvorstellungen » (1867). C'est Westphal qui, en 1877, détacha les Zwangsvorstellungen des autres formes psychopathiques et en traça un remarquable tableau clinique. Mais, tandis que pour Morel les obsessions ont toujours une base émotive, pour Westphal leur origine repose toujours sur un terrain intellectuel ; le sentiment d'angoisse que l'on remarque n'est que secondaire et s'explique par la conscience même de l'obsession. Pour cet auteur, le début de la maladie est souvent brusque et la

[1] Magnan et Legrain. — Les dégénérés, *Bibliothèque Charcot-Debove*, p. 164.

guérison est possible, mais la marche est souvent chronique, sans progression. Les malades, qui peuvent être des sujets intelligents, sont souvent entachés d'hérédité, et *jamais l'obsession ne devient une véritable idée délirante.*

La plupart des auteurs allemands ont embrassé les idées de Westphal ; cependant quelques-uns admettent la possibilité pour les obsessions de se transformer en une psychose. Wille [1] est expressément de cet avis et il pense que les obsessions se transforment beaucoup plus souvent qu'on ne le croit en une psychose. Mercklin [2] est venu à son tour confirmer et compléter les données de Wille, mais c'est Sommer qui a surtout indiqué les modalités de ce développement.

Sous le nom de psychoses obsessives, Heilbronner [3] cite deux observations qui démontrent que les obsessions peuvent se transformer en une psychose progressive incurable. Pour Heilbronner, la question importante n'est pas de savoir comment se terminent les psychoses qui naissent des obsessions, mais bien de savoir d'après quelles lois, d'après quel mécanisme en quelque sorte s'accomplit la progression.

Les auteurs italiens partagent généralement les opinions des auteurs allemands ; cependant il semble qu'une réaction soit en voie de se produire. Les données de la psychiatrie italienne touchant les obsessions sont résumées dans une leçon du professeur Bianchi [4], faite devant l'Université de Naples pendant l'année 1899. Nous pouvons constater que l'éminent psychiatre italien se range absolument aux idées établies par nos maîtres, MM. Pitres et Régis, au Congrès de Moscou. Cependant, le professeur Bianchi admet que rarement la maladie des obsessions se transforme en une psychopathie.

Nous voyons les auteurs anglais admettre que les obsessions peuvent se transformer en folie, et Mickle [5], en particulier, soutient que

[1] Wille. — Zur Lehre von den Zwangsvorstellungen, *Arch. f. Psych.*, XII, 1.

[2] Mercklin. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLVII.

[3] Heilbronner. — Ueber progressive Zwangsvorstellungspsychosen, *Monatsch. f. Psych. und Neurol.*, V, 1899.

[4] Bianchi. — Lezione su le idée fisse. *Clinica psichiatrica della R. universita di Napoli.* — *Clinica moderna,* anno IV, nos 51 et 52.

[5] Mickle. — Mental besetments or obsession, *Journal of mental science,* octobre 1896.

les obsédés tendent à verser et versent souvent dans la folie paranoïque.

L'historique de la question peut donc se résumer en quelques lignes. En France, nous voyons deux courants bien opposés : l'un, avec MM. Falret, Magnan, Legrain, qui nie toute transformation des obsessions en psychoses ; l'autre, au contraire, qui reconnaît la possibilité de cette transformation et qui a pour défenseurs MM. Charpentier, Pitres, Régis, Séglas.

Les idées énoncées autrefois par Morel et consacrées d'une façon si démonstrative par le remarquable mémoire de MM. Pitres et Régis, amènent forcément dans notre esprit cette conviction que l'obsession ayant toujours une base émotive, doit être recherchée dans les états dans lesquels l'émotivité joue un rôle prépondérant. Or, nous savons aujourd'hui que ce qui constitue le plus souvent cette émotivité, c'est l'anxiété qui se trouve à la base de toute obsession. Il n'est pas étonnant que l'anxiété restant la même, l'obsession se modifie par une transformation continue, et que par une évolution progressive elle arrive à un véritable état délirant. C'est ce que l'observation démontre.

Dans leur ouvrage récemment paru sur les obsessions et impulsions, MM. Pitres et Régis reprennent la question du passage des obsessions à la folie en rapportant qu'ils ont observé 9 cas de psychose avérée. « Dans 8 cas (4 hommes et 4 femmes) les malades furent atteints de psychose par accentuation progressive et aiguë de leur état obsédant, et chez 7 sur 8, la psychose revêtit la même forme, celle de *mélancolie anxieuse et gémisseuse,* avec idées délirantes et hallucinations. L'une des malades femmes présenta très nettement, avec une grande lucidité, des idées angoissantes de négation et d'inexistence d'organes, absolument comme dans le syndrome de Cotard.

« Par exception, une des malades, phobique pour ainsi dire depuis l'enfance et après plusieurs années d'obsessions successives de la rage, des poussières et des excréments, tomba dans un état de stupeur hallucinatoire et impulsive qui persista plusieurs mois et s'est terminée par une sorte de manie chronique avec agitation, loquacité incohérente, crachotements perpétuels, malpropreté, etc., qui persiste depuis plusieurs années.

« De ces 8 malades, 4 ont guéri, pour redevenir impressionnables

et émotifs comme devant, mais débarrassés de leur phobie obsédante qui durait depuis plus ou moins longtemps.

« Des 4 autres, un s'est suicidé à l'asile même, 3 sont restés aliénés. Sur ces trois figurent : 1° la femme dont nous venons de parler, devenue maniaque chronique et incurable ; 2° un jeune homme dégénéré héréditaire atteint depuis plus de deux ans de cardiophobie pure, qui a vu un jour sa phobie cardiaque se transformer en obsession angoissante aiguë, puis en lypémanie anxieuse franche, celle-ci continuant d'évoluer depuis un an avec tendance légère à l'amélioration ; 3° une femme qui est restée plus de six ans dans le même état de mélancolie anxieuse et gémisseuse, lucide, avec une sorte de conscience, ne voulant pas quitter l'asile par effroi de ce qui pouvait l'attendre au dehors, ayant d'ailleurs la peur délirante d'une opération chirurgicale sur divers organes, thème de son obsession du début. La fille de cette malade, âgée de trente-cinq ans, a été prise, il y a quelque temps, d'obsessions avec prédominance de la peur angoissante de devenir folle comme sa mère. Celle-ci a fini par revenir chez elle, améliorée mais non guérie.

« Sur les 11 malades, 8 femmes et 3 hommes, présentant ce que nous avons appelé un état de transition, 8 touchaient à la mélancolie, toujours à la mélancolie anxieuse, gémisseuse, lucide, avec attitude et gestes inquiets. Les 3 autres, 3 femmes, bien différentes, étaient à ce point où l'idée fixe de l'obsession tend à devenir idée délirante systématisée. 2 ayant commencé par l'obsession jalouse, vraie, typique, pendant des mois, l'une même pendant des années, sont au seuil de la paranoïa rudimentaire de persécution, mais sans avoir encore franchi la limite ; la troisième, une campagnarde prise également d'obsession jalouse à la suite d'une opération chirurgicale, tend aujourd'hui à attribuer ce qui lui arrive à quelque sort jeté. Elle est sur la voie de l'interprétation délirante.

« Ce bilan nous semble assez significatif et nous pouvons en conclure, pensons-nous, que, dans certains cas, l'obsession vraie peut verser dans l'aliénation mentale.

« Nous pouvons également ajouter que les formes psychopathiques auxquelles aboutit l'obsession sont, ainsi que l'ont vu quelques auteurs, mais dans un ordre inverse : d'abord la *mélancolie anxieuse,* ensuite la *paranoïa rudimentaire* ou délire systématisé raisonnant.

Mais, point important à indiquer, les formes qui aboutissent au délire systématisé sont les états obsédants, surtout intellectuels, l'obsession idéative ; et celles qui versent dans la mélancolie anxieuse, les états obsédants à symptômes surtout émotionnels, c'est-à-dire les phobies. Cela ne saurait surprendre, car l'idée fixe de l'obsession peut, naturellement et par un mécanisme que l'on comprend bien, devenir idée fixe de délire, tandis que, de leur côté, les névroses d'angoisse phobiques sont certainement de la même famille que la mélancolie anxieuse, qui représente en quelque sorte leur épanouissement complet, ou, si l'on veut, leur forme psychopathique, une véritable *psychose d'angoisse,* à côté de la névrose d'angoisse. »

CHAPITRE V

Anxiété dans les psychopathies

A côté de ces états que nous avons examinés dans le chapitre précédent et qui, à cause du rôle prédominant de l'angoisse ont mérité le nom de psychoses d'angoisse, il est un certain nombre d'autres états dans lesquels l'anxiété intervient à titre de symptôme important. Ces états sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense, et on peut admettre que toute psychose débute par de l'anxiété. Le phénomène est parfois difficile à saisir ; souvent le malade en reste simplement surpris et ne l'accuse pas.

Nous allons passer en revue quelques-unes des formes mentales dans lesquelles l'angoisse se montre le plus souvent.

Dégénérés. — L'angoisse vague existe surtout dans la folie des dégénérés. Le dégénéré, en effet, est un émotif, et nous savons que l'émotivité est le terrain indispensable au développement de l'anxiété.

M. Magnan a placé l'angoisse au rang des *stigmates psychiques* du syndrome de la folie des dégénérés.

« Un des caractères capitaux du syndrome est constitué par l'état de la conscience avant, pendant et après les manifestations diverses du syndrome. Le malade a pleine conscience de son état, il a conscience de son impuissance, et de cette impuissance résulte un autre grand caractère inséparable de toute manifestation syndromique : l'*angoisse,* une souffrance morale inexprimable, qui plonge souvent le malade dans le plus profond désespoir ; il lutte contre ses pensées envahissantes et obsédantes, comme il met tout en œuvre pour éviter l'acte impulsif.

« Les dipsomanes, les onomatomanes, fournissent de nombreux exemples de ce que nous venons d'exprimer. Indépendamment de cette souffrance morale, il n'est pas rare d'observer une réelle souffrance physique; témoin cette anxiété cette oppression, qui accompagnent souvent certains accès de folie du doute ou de dipsomanie[1]. »

Il n'est rien qui traduise mieux la dégénérescence et la déséquilibration du système nerveux que les obsessions et les impulsions, qui font partie des syndromes de la folie des dégénérés.

M. Magnan a groupé ainsi les caractères de ces syndromes :

a......	1° Obsessions ; 2° Impulsion ;	3° Irrésistibilité ;
b......	4° Conscience complète de l'état; 5° Angoisse concomitante;	
c......	6° Satisfaction consécutive.	

Nous avons déjà parlé des obsessions au sujet de la névrose d'angoisse, disons seulement ici, en passant, qu'il n'existe pas d'obsession sans anxiété. Ce que MM. Magnan et Legrain disent du douteur peut s'appliquer à tous les obsédés quelle que soit la nature de l'obsession. « Lorsqu'on a observé un *douteur* au fort de ses paroxysmes, on a constaté qu'à l'*anxiété* correspondaient des signes de souffrance physique; à ce moment, son front se couvre de sueur, le pouls s'accélère; il existe des palpitations, des douleurs précordiales, une douleur constrictive dans la région frontale qui témoigne de l'excès d'attention et de la fatigue intellectuelle[2]. » L'angoisse, disent encore ces auteurs, est en raison directe de la lutte entreprise pour se débarrasser des syndromes. Cela nous donne une idée des proportions que prend l'angoisse dans les impulsions. On rencontre ici tous les degrés. Il est certain que dans l'impulsion à acheter toutes sortes d'objets ou *oniomanie,* la lutte sera moins angoissante que dans l'impulsion homicide, dans laquelle l'individu a la tentation irrésistible de tuer un indifférent ou même un être cher

[1] Legrain. — Du délire chez les dégénérés. Imprimerie du *Progrès médical,* Paris, 1886.

[2] Magnan et Legrain. — Les dégénérés. *Biblioth. Charcot-Debove,* Paris, Rueff, 1895.

sans aucun motif, et où il y a souffrance morale indescriptible, lutte horrible soutenue par le malade et réaction physique énergique (Magnan et Legrain). Dans les impulsions comme dans les obsessions, il y a donc une phase d'anxiété qui représente la lutte, la défense contre l'acte impulsif.

Mais les obsessions et les impulsions ne sont pas les seules manifestations de la dégénérescence mentale. « Les modes de réaction des dégénérés sont de deux ordres : la dépression, l'excitation. A la première appartiennent ces cas nombreux d'hypocondrie morale, ces états de perplexité indéfinissable dans lesquels vivent perpétuellement les malades soumis aux causes vulgaires de dépression simple : chagrins, revers de fortune, etc. Le même groupe comprend une infinité d'hypocondriaques pour qui les plus insignifiantes sensations corporelles deviennent un thème à interprétations, à préoccupations tristes et souvent l'origine d'idées délirantes[1]. » C'est dans cette catégorie qu'on rencontre l'état d'anxiété durable, sous forme de découragement et d'inquiétude permanente.

Nous avons observé des crises d'angoise aiguë dans cette forme de la folie des dégénérés qui se caractérise par des anomalies du caractère, de l'inaffectivité, des idées hypocondriaques, des tendances impulsives, des idées d'invention, des projets insensés, tout cela réuni chez le même individu.

Il n'est pas rare de voir éclater chez ces malades, principalement le matin, des crises d'angoisse caractérisées surtout par des phénomènes vaso-moteurs, des palpitations, de l'accélération du pouls, une violente oppression précordiale, des contractures musculaires, des sueurs profuses et des craintes de mort. Ces attaques ne prennent pas l'aspect du raptus mélancolique ; le malade est immobilisé dans ses sensations pénibles au lieu de réagir violemment. Ces attaques marquent quelquefois le début de cardiophobies qui peuvent durer un temps plus ou moins long ou même devenir permanentes, simplement atténuées quand le sujet s'améliore.

On peut placer dans la folie des dégénérés ces formes que Krafft-Ebing[2] a décrites sous le nom de psychoses neurasthéniques, mani-

[1] Magnan et Legrain. — *Loc. cit.*, p. 110.

[2] Krafft-Ebing. — Ueber transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grimdlage. *Arbeiten aus dem Gesammtgebiet den Psych. und Neurop.*, Leipzig, J. Ambrosius Barth, 1897, I Heft.

festations psychopathiques qui se présenteraient au cours de la neurasthénie avec le caractère épisodique ou qui ne seraient qu'un mode de terminaison de la névrose.

Dans ces états, on rencontre de violentes crises d'angoisse en rapport avec l'épuisement neurasthénique et l'anémie vaso-spasmodique du cerveau.

Parmi les formes psychonévrotiques durables, Krafft-Ebing place la mélancolie masturbatoire qui se développerait sur la base d'une mélancolie cérébro-spinale provoquée par la neurasthénie sexuelle.

« Comme phénomène digne d'être noté, dit Krafft-Ebing, il faut citer les accès d'angoisse épisodique, surtout la nuit (par suite de neurasthénie cardiaque, angine de poitrine vaso-motrice), accès qui peuvent aller jusqu'au raptus mélancolique. Les tentatives de suicide sont tout à fait ordinaires chez ces malades. Il faut toujours s'y attendre. Souvent il arrive que, soit par pénitence, soit par le vif désir de se sauver, le malade va jusqu'à se mutiler les parties génitales.

« L'incapacité de résister à l'impulsion enracinée et pourtant si redoutée de la masturbation, l'arrêt pénible de la volonté et des pensées sont souvent interprétés dans le sens qu'on est possédé par le diable et dégénère en véritable démonomanie avec délire et hallucinations correspondantes.

« Avec une tare plus profonde il y a souvent de la malpropreté, impulsions aux choses répugnantes (manger des excréments, des asticots, avaler le contenu des crachoirs, etc.), raptus impulsifs, représentations obsédantes, délires primordiaux ayant pour la plupart un sujet religieux [1]. »

Manie. — La manie présente généralement une période d'incubation qui offre beaucoup d'analogies avec la mélancolie. Cette période prodromique s'accompagne le plus souvent de vive anxiété. Les malades éprouvent de l'oppression épigastrique et des poussées d'angoisse qui les tourmentent et les inquiètent. « Les individus qui ont eu déjà antérieurement un accès de manie disent souvent eux-

[1] Krafft-Ebing. — *Traité de Psychiatrie.* Traduction Laurent. Paris, Maloine, 1897.

mêmes alors qu'ils vont avoir une rechute, et demandent qu'on les surveille et qu'on les éloigne de leur entourage habituel[1]. »

Mélancolie. — L'anxiété ne fait jamais défaut dans la mélancolie. Nous avons vu son rôle dans la mélancolie anxieuse. Dans la mélancolie proprement dite, le malade éprouve des angoisses en rapport avec sa douleur morale, la perversion de ses sentiments, les changements qu'il constate dans le monde extérieur. « Il me semble bien, disent ces mélancoliques, que tout ce qui est autour de moi est encore comme jadis, cependant il doit s'être fait quelques changements ; les choses ont encore leurs anciennes formes, je le vois bien, et cependant elles ont aussi beaucoup changé, etc.[2]. » Cette confusion que fait le malade entre ce changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui et leur changement objectif ou réel est le commencement d'un état particulier dans lequel, lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel s'est complètement évanoui, a disparu ou est mort et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire au milieu duquel il est tourmenté de se trouver. D'où les angoisses qu'il en ressent.

Souvent, dit encore Griesinger[3], c'est un sentiment d'anxiété qui semble partir de l'épigastre et de la région du cœur, et de là monter vers la tête. « C'est ici, disent beaucoup de malades, et ils indiquent le creux de l'estomac, c'est ici comme si j'avais le poids d'une pierre. Ah ! si l'on pouvait l'enlever ! etc. » Cette anxiété augmente parfois jusqu'à constituer un état insupportable, jusqu'à désespérer le malade.

Folie a double forme. — L'anxiété se rencontre beaucoup plus rarement dans la folie à double forme, et Krafft-Ebing admet même que, quoique fréquente dans la période mélancolique, il y a des cas dans lesquels il n'en existe aucune trace. Le Dr Ritti[4] cite le fait d'un malade qui passa brusquement de la phase maniaque à la phase mélancolique et chez lequel se manifestèrent tous les symptômes de l'anxiété, dès le début de la transformation.

[1] Griesinger. — *Loc. cit.*, p. 328.
[2] *Loc. cit.*, p. 265.
[3] *Loc. cit.*, p. 266.
[4] Ritti. — *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, Doin, 1883.

Persécutés mélancoliques. — Nous avons déjà signalé dans cette forme psychopathique le symptôme anxiété, qui s'explique par la nature obsédante du délire et par les tourments psychiques dont il s'accompagne[1].

Le persécuté mélancolique n'est pas seulement un coupable à ses propres yeux, mais tout le monde connaît son indignité et pour cela on le méprise ; ce qui accentue son angoisse, c'est la douleur de laisser voir son état pénible. Il vit dans un état d'anxiété permanente qui peut aller, comme nous l'avons constaté, jusqu'au raptus mélancolique.

Psychoses d'intoxication. — M. Régis[2], à qui revient une si large part dans la connaissance du rôle des intoxications dans les maladies mentales, place l'anxiété au premier rang des troubles psychiques des intoxications. « Ce sont, dit-il, d'abord, des accès de tristesse caractérisés par un besoin de s'isoler, d'aller pleurer à l'écart sous l'influence de la moindre cause, d'un air de musique, d'un mot, parfois même sans motif. Dans ces accès, les malades sont dans ce que l'on a appelé l'*attente anxieuse*, c'est-à-dire en proie à la sensation très vive de quelque chose de fâcheux qui va arriver, sans qu'ils sachent quoi, et qui les oblige à revenir chez eux pleins d'angoisse, pour savoir s'il n'est pas survenu quelque malheur. Ils voient également tout en noir : personnes, objets, événements ; ils ont même parfois de la tendance au suicide, mais sous une forme généralement imprécise et qui ne se réalise pas par suite du peu de durée de la crise. »

Les formes psychopathiques que prennent les psychoses d'intoxication sont le plus souvent des formes anxieuses, *mélancolie anxieuse consciente* et *neurasthénie anxieuse obsédante,* souvent difficiles à distinguer l'une de l'autre.

Les psychoses d'intoxication, ou mieux d'infection, prennent quelquefois la forme de délire hallucinatoire aigu. Ce délire survient chez des prédisposés à la suite de fatigue, de libations, d'intoxication quelconque. Dans ce cas, le malade présente souvent de l'angoisse, alternant avec des poussées de mauvaise humeur.

[1] G. Lalanne. — *Les persécutés mélancoliques,* Bordeaux, Durand, 1897.
[2] Régis. — *Auto-intoxications et délires,* p. 7, Bordeaux, Gounouilhou, 1899.

Le type le mieux défini des folies toxiques est le délire alcoolique. M. Magnan a tracé un tableau saisissant du délire et des terreurs de l'alcoolique. « L'homme qui s'alcoolise change peu à peu de caractère ; il se montre inquiet, irritable; il perd le sommeil ; il devient le jouet de cauchemars et d'illusions, et, lorsque, après des excès répétés, il dépasse la limite de saturation ou qu'il est soumis à quelque cause d'excitation, il entre de plain pied dans la folie. Un monde nouveau lui apparaît, où des formes bizarres naissent, grandissent, circulent, dans un pêle-mêle désordonné, où la vie s'agite dans une confusion monstrueuse qui le terrifie. Tout ce qui l'entoure se transforme et se meut. Au plafond, au milieu d'une trame de fils qui se rétrécissent et s'allongent, des boules noires se dessinent, renflent, prennent la forme de rats, de chats, de chiens qui, passant à travers les mailles, tombent sur le parquet, bondissent et disparaissent. Le lit se peuple d'un grouillement de bêtes immondes ; le mur se couvre d'un fourmillement d'insectes, d'animaux, de fantômes qui courent, montent, descendent pour remonter encore. Terrifié, le malheureux recule et tout s'approche ; il veut fuir et tout le fuit. Il cherche une issue; il jette vers la fenêtre un regard désespéré et, sur les toits des maisons voisines, il aperçoit des hommes armés qui le couchent en joue. Il se baisse ; il se blottit dans un coin pour échapper à la mort qui le guette ; et voilà que des gendarmes vont le saisir, et qu'au-dessus d'un effrayant défilé d'assassins et de juges, passe tout à coup l'éclair sanglant du couperet et de la guillotine.

« Ces hallucinations de la vue forment l'élément le plus singulier du délire alcoolique; mais tous les autres sens apportent à la psychose leur contingent d'images pénibles. Des menaces, des injures, des plaintes, des appels, des cris furieux se croisent de tous côtés autour du malade; la crépitation de la fusillade, le cliquetis des épées, le glapissement des pompes à incendie, le glas funèbre des cloches, tout un tintamarre éclatant, confus, discordant, le poursuit. Et, au milieu de cette atmosphère fantastique, des odeurs fétides l'enveloppent et le suffoquent, d'horribles saveurs empestent ses aliments et ses boissons. Et ce n'est point tout encore; car il lui semble que des nuées de mouches pénètrent dans sa bouche, dans ses narines, dans ses yeux ; que des bêtes visqueuses et froides rampent lentement sur sa peau; que des myriades de vers fouillent son corps et le font tomber en lambeaux.

« On conçoit que l'apparition de ces images terrifiantes dans le champ de la conscience provoque bientôt une réaction psycho-motrice, une association d'idées et de mouvements protecteurs, opposés à ces perceptions illusoires [1]. »

Troubles mentaux névropathiques. — Les grandes névroses, l'épilepsie et l'hystérie, s'accompagnent parfois de troubles mentaux dans lesquels l'angoisse joue un rôle important et mérite d'être signalée.

Dans l'épilepsie, les états d'angoisse ont été signalés depuis longtemps. On les rencontre soit sous forme d'aura annonçant la crise, soit dans ces états crépusculaires qui se produisent à la suite des accès ou dans l'intervalle qui sépare deux attaques.

Falret a donné le nom de *petit mal* à ces *états crépusculaires avec angoisse,* caractérisés par de la dépression à demi consciente, de la douleur psychique, de l'angoisse, de la confusion des idées, des terreurs obsédantes, des impulsions et des tendances à la violence.

L'angoisse et les terreurs sont les phénomènes les plus caractéristiques et à elles seules constituent souvent toute la crise.

Cet état peut s'aggraver et en arriver à ce que Falret a appelé *état de grand mal.* Dans ce cas, il y a un délire hallucinatoire violent, furieux, qui éclate brusquement. Le sujet est en proie à un véritable délire des sens avec visions terrifiantes et il tombe dans une grande angoisse, sous la peur des spectres, de la mort et sous l'empire du désespoir.

Quelquefois, c'est l'aura qui est à forme d'anxiété précordiale. Un malade cité par Cerise[2] ne rendait jamais compte de ses accès sans en faire remonter les prodromes à une sorte d'*oppression épigastrique* ressemblant à du chagrin.

Dans l'*hystérie* il en serait de même. « Les faits de ce genre, dit Cerise, sont nombreux, et chacun peut les observer chez les hystériques qui, aux époques où les accès vont éclater, ont de ces anxiétés inexplicables dont les médecins sont les confidents obligés[3]. »

Dans ces formes qu'on désigne quelquefois sous le nom de folie hystérique et que Falret[4] faisait rentrer dans le cadre des *folies rai-*

[1] MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* Paris, Alcan, 1897.

[2] *Loc. cit.*, p. 449.

[3] *Loc. cit.*, p. 449.

[4] FALRET. — Folie raisonnante. *Ann. méd. psych.*, mai 1866.

sonnantes, on trouve aussi de violents accès d'angoisse sous la dépendance de la sphère vaso-motrice toujours en jeu.

Paralysie générale. — Toutes les formes psychopathiques étant possibles dans la paralysie générale, il était à supposer que l'anxiété devait s'y rencontrer comme symptôme. Elle apparaît, en effet, dès les premières manifestations de la maladie. On remarque, parmi les symptômes de début de la paralysie générale, principalement dans les formes dépressives et mélancoliques, le sentiment de crainte, les pressentiments lugubres, la peur de mourir, la crainte de devenir fou, accompagnés des signes physiques de l'anxiété. L'angoisse peut se produire à chaque période de la paralysie générale ; elle est souvent en rapport avec les troubles de nature hypocondriaque, mais il y a aussi de véritables attaques d'angoisse, soit au début de la maladie, soit pendant son cours, soit à l'approche d'un ictus.

Mais l'angoisse n'est jamais aussi manifeste que dans cette forme de méningo-encéphalite qui débute par une longue phase neurasthénique, si bien étudiée par MM. Fournier[1], Krafft-Ebing[2], Ballet[3], Régis[4], et que Friedmann[5] faisait rentrer dans le cadre de la mélancolie neurasthénique. Le malade y vit dans un état d'anxiété permanente, avec sa dépression physique et morale, son attente anxieuse, son asthénie digestive et circulatoire, ses hyperesthésies locales, ses paresthésies et son émotivité si caractéristique. « Cette émotivité, dit Fournier, qui se met en branle à propos de choses indifférentes, trouve plus sûrement encore matière à surexcitation dans les sensations vraies ou fausses perçues par les malades. Pour eux, tout symptôme, tout trouble devient sujet à inquiétudes et, grossi par l'imagination, se transforme en un indice menaçant[6]. »

Avant la production d'un ictus, nous avons vu un malade présenter une véritable attaque d'angoisse aiguë avec tous ses symptômes psychiques et physiques.

[1] Fournier. — *Les affections parasyphilitiques,* Paris, Rueff, 1894.

[2] Krafft-Ebing. — *Diagnostic entre la démence organique et la neurasth. cérébrale.* Heidelberg, 1892.

[3] Ballet. — La période prodromique à forme neurasthénique de la p. g. *Semaine médicale,* 22 nov. 1893.

[4] Régis. — Neurasthénie et paralysie générale. *Presse médicale,* 7 avril 1897.

[5] *Deutsche med. Woch.,* n° 30, 27 juillet 1893.

[6] Fournier. — *Loc. cit.,* p. 58.

CHAPITRE VI

Étiologie — Pathogénie — Diagnostic — Pronostic — Traitement

Étiologie. — *Fréquence.* — L'anxiété est généralement répandue sous l'une quelconque de ses trois formes, inquiétude, anxiété, angoisse. Il va sans dire que l'inquiétude se rencontre chez beaucoup de gens dits normaux, qu'elle s'exagère et s'accentue pour se rapprocher de l'anxiété chez beaucoup de dégénérés, et ils sont légion les individus qui vivent dans l'attente anxieuse. L'angoisse se manifeste plus rarement et doit être considérée comme un état pathologique épisodique survenant sous une cause grave, neuro ou psychopathique. Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'angoisse physiologique, qui peut survenir dans des circonstances pénibles et inattendues chez les individus même les plus sains.

Causes prédisposantes. — Sexe. — Il semble que les états anxieux aient une prédilection marquée pour le sexe féminin. MM. Pitres et Régis, pour l'obsession, ont trouvé 73 femmes contre 27 hommes, sur 100 malades. Gattel, pour la névrose d'angoisse, donne bien 58 hommes contre 42 femmes, mais on ne saurait attacher une trop grande importance à ces chiffres, car l'auteur s'est efforcé de trouver des cas dans lesquels la névrose avait une origine sexuelle, recherche peut-être difficile chez la femme. Pour ce qui est de la mélancolie anxieuse, « il est à remarquer, dit M. Camusel dans son rapport, que la grande majorité des observations recueillies jusqu'à présent ont trait à des femmes, la mélancolie est du reste plus fréquente chez la femme que chez l'homme. » (Rapport, p. 37).

Par conséquent, en général, l'anxiété nous paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme, en raison de son émotivité plus grande et de la plus grande fréquence, chez elle, des conditions prédisposantes.

Age. — L'âge nous paraît avoir une influence très marquée non pas sur l'anxiété elle-même, mais sur la forme sous laquelle elle se manifeste.

D'après les tableaux de MM. Pitres et Régis, dans plus de la moitié des cas, les obsessions surviennent dans l'enfance ou dans l'adolescence, avant la fin de la quinzième année, et dans plus des trois quarts des cas avant la fin de la trentième année.

La statistique de Gattel, au sujet de la névrose d'angoisse, est instructive ; elle donne :

De 10 à 20 ans	5 cas
— 20 à 30 —	46 —
— 30 à 40 —	32 —
— 40 à 50 —	13 —
Au-dessus de 50 —	4 —
TOTAL................	100 cas

La mélancolie anxieuse semble le privilège de l'âge mûr et de la vieillesse commençante.

L'anxiété, faisant la base de ces états, se rencontre sous forme de peurs morbides dans l'enfance, d'obsessions dans l'enfance et l'adolescence, de névrose d'angoisse à l'âge moyen de la vie, de psychose d'angoisse à l'âge mûr. Cette dernière considération serait une confirmation des idées de Kræpelin, pour qui la mélancolie chronique se rattache à un processus initial d'involution sénile.

HÉRÉDITÉ. — L'hérédité joue un rôle de tout premier ordre. Nous avons déjà vu que l'anxiété demande pour se développer un terrain émotif ; or, la grande caractéristique de la dégénérescence est précisément cette émotivité. Nous avons déjà insisté sur ce point, nous n'y reviendrons pas.

PATHOGÉNIE. — La pathogénie de l'anxiété, comme celle des

émotions, est encore enveloppée d'obscurité, pour la raison sans doute que les manifestations observées sont d'une extrême complexité et difficiles à saisir dans leur origine ou dans leur genèse.

Les idées actuellement en faveur sur le mécanisme des émotions ont dirigé la psychologie vers la voie expérimentale, mais les recherches entreprises dans ces dernières années, si elles nous ont éclairé sur quelques-unes des réactions émotionnelles, sont loin de nous avoir donné la clé de tous les phénomènes. En attendant d'être définitivement fixé dans ces considérations sur la pathogénie de l'anxiété, nous nous tiendrons autant que possible sur le terrain de l'observation où nous nous sommes confiné jusqu'ici, pour éviter de nous laisser entraîner sur le sentier glissant de l'hypothèse.

Il est un principe qui nous paraît suffisamment démontré, c'est que l'anxiété, quelle que soit sa source, se manifeste toujours de la même façon. Que nous considérions l'angoisse dite physiologique, qui survient à la suite d'une représentation effrayante, d'une violente émotion, et qui par suite a une origine centrale, l'anxiété si commune dans les intoxications, l'angoisse de l'angine de poitrine ou l'angoisse de la névrose et de la psychose anxieuses, nous trouvons toujours réalisé le même tableau symptomatique.

Il est à peine besoin de dire que,dans la plupart des circonstances que nous venons d'énumérer, l'anxiété se présente comme une émotion pathologique, si nous admettons, avec M. Féré[1], qu'une émotion peut être considérée comme morbide :

1° Lorsque ses concomitants physiologiques se présentent avec une intensité extraordinaire ;

2° Lorsqu'elle se produit sans cause déterminante suffisante ;

3° Lorsque ses effets se prolongent outre mesure.

Il est inadmissible qu'il y ait une anxiété cérébrale, une anxiété toxique, une anxiété périphérique. Il y a une anxiété, une angoisse, émotion toujours la même, formée des mêmes éléments.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la pathogénie de l'anxiété ont vu son origine dans l'écorce grise du cerveau, mais le plus grand nombre, en présence de la localisation marquée des phénomènes à la région du cœur, ont édifié, à côté d'une théorie cérébrale, une théorie cardiaque de l'anxiété.

[1] FÉRÉ. — *Pathologie des émotions,* Paris, Alcan, 1892.

Nous n'entrerons pas dans l'exposé des différentes doctrines pathogéniques qui ont été professées et qui plaçaient la source des émotions au siège supposé de l'âme.

De tout temps l'opinion a assigné le cœur comme siège des sentiments et les données de la psychologie moderne tendent à affirmer le bien fondé de cette croyance.

Dans le cas d'anxiété d'origine centrale, on comprend que les nerfs cardiaques soient influencés par les processus psychiques, car on sait le retentissement qu'a sur le cœur toute émotion, quelle que soit sa nature. Quand l'anxiété a une origine périphérique, comme dans l'angine de poitrine par exemple, on comprend encore qu'il se fasse vers le cerveau une irradiation sensitive émanant des nerfs cardiaques. Mais nous ne saurions faire rentrer dans ces deux cas types tous les faits pathologiques sur lesquels nous avons insisté jusqu'à présent.

Nous ne trouvons pas, non plus, une explication suffisante dans la théorie récemment émise par MM. James et Lange, d'après laquelle l'émotion ne serait que la conscience des modifications vasculaires produites dans l'organisme. Certes, les phénomènes vasomoteurs jouent un rôle prédominant dans les manifestations émotionnelles, mais les émotions nous semblent réalisables sans l'intervention des processus psychiques. Nous avons bien vu des cas dans lesquels l'angoisse se produit sans aucune impression extérieure, sans aucune association d'idées qui puisse faire soupçonner l'intervention des centres psychiques ; mais l'émotion angoisse ne saurait être constituée par des troubles circulatoires et respiratoires. Il faut, pour produire l'émotion, en plus des troubles vasculaires, des altérations cénesthétiques très étendues et surtout des troubles psychiques sur lesquels nous avons insisté. Le sujet atteint de dilatation de l'estomac et qui est réveillé dans son premier sommeil par de l'oppression, des palpitations, de la dyspnée, des frissons, de la cardiophobie, des pressentiments lugubres, passe par une crise d'angoisse véritable ; mais, lorsque le phénomène s'est manifesté à différentes reprises, qu'il est instruit par l'expérience et qu'il a reçu les éclaircissements de son médecin, chaque fois qu'une crise se renouvelle, il se rend parfaitement compte de son mal et tout se borne à une attaque gastrique, mais il n'y a plus d'émotion d'angoisse, parce que la manifestation se réduit aux seuls phénomènes somatiques et que l'élément intellectuel fait défaut.

Nous ne saurions pour cela nier l'importance des troubles vasomoteurs dans la genèse des émotions, mais il nous semble que dans ces dernières années, à la suite de James et de Lange, on leur a accordé une valeur trop exclusive, au détriment du système sympathique tout entier.

Le grand sympathique, en effet, tient sous sa dépendance certaines actions du cœur et des vaisseaux, mais il préside encore à une foule d'actes plus ou moins compliqués de la vie végétative. « Nous arrivons, dit Poincarré, dans son étude sur le grand sympathique, à un vaste département du système nerveux, qui en est à la fois la partie la plus compliquée au point de vue anatomique et la partie la plus mystérieuse au point de vue physiologique. En effet, le sympathique, qu'on croyait autrefois réservé aux viscères de la vie végétative, et qui, dans ce champ ainsi limité, offrait déjà à l'œil d'inextricables réseaux, a vu, grâce aux travaux modernes, son empire s'étendre beaucoup plus loin et devenir même à peu près général. Non seulement les vaisseaux emportent avec eux des émanations de ce système partout où ils pénètrent eux-mêmes, mais presque tous les nerfs cérébro-rachidiens s'adjoignent aussi des filets de la même origine ; de sorte que le sympathique prend une certaine part à l'innervation des organes de la vie de relation. Il ne constitue pas un système à part, comme quelques-uns l'ont admis. Il n'est pas davantage un nerf émanant de l'axe, presque au même titre que les nerfs cérébro-rachidiens. Il est la réalisation la plus parfaite et la plus riche du centre périphérique ; mais il ne s'isole du système cérébro-rachidien ni à sa naissance, ni à sa terminaison. Car non seulement il est relié à l'axe par des branches directes, mais, en outre, pour la constitution des réseaux ultimes, il s'associe presque toujours des fibres provenant des nerfs cérébro-rachidiens, même pour l'innervation des viscères. Seulement, dans le mélange commun, il domine beaucoup plus sur le terrain de la vie végétative que sur celui de la vie de relation, où son domaine est peut-être limité à la vascularisation[1]. »

Ce court aperçu sur la position anatomique et sur le rôle physio-

[1] Poincarré. — *Le système nerveux périphérique au point de vue normal et pathologique.* Leçons de physiologies professées à Nancy, 1876.

logique du grand sympathique nous permet de localiser dans son domaine tous les phénomènes observés dans l'anxiété, comme d'ailleurs dans les autres émotions.

L'idée de placer les émotions sous la dépendance du grand sympathique est loin d'être une conception moderne. Déjà, dés 1823, dans un livre publié en latin sur le grand sympathique, Lobstein avait pressenti le rôle de ce système sur les vaisseaux et mettait sous sa dépendance le chagrin, la tristesse et les affections tristes de l'âme. « Mœror, tristitia, animi pathemata, vim vitalem deprimentia, atque propter hanc rationem sedativa appellata, temporiem nervorum abdominalium alterant. Spasmi tunc producuntur, quibus vasorum actio turbatur : necessario exinde sequitur humorum in reti vasorum capillarium stasis, a retardato sanguinis motu ; tum vasorum infarctus, obstructiones viscerum et morbi organici genuini. Ab animi diuturno mœrore, sub anxiis præcordiorum passionibus, aneurysmata observata fuerunt cordis, atque vasorum majorum frequentissima[1]. »

Lobstein fait encore cette remarque intéressante que la sensation d'un poids sur la poitrine, la respiration courte, laborieuse, entrecoupée de soupirs, les hallucinations des sens, les palpitations de cœur, les frayeurs sans cause, les sueurs qui accompagnent ces états indiquent un trouble momentané du plexus solaire qui, par le moyen du nerf vague, transmet au cerveau les impressions déréglées, comme il agit sur les vaisseaux capillaires et excite la masse du sang[2].

Ils étaient sortis, sans doute, de la même école que Lobstein, ces médecins psychologues de la première moitié du dernier siècle qui avaient poussé si loin la recherche de l'influence du physique sur le moral. Dès longtemps, en effet, l'appareil ganglionnaire viscéral a été considéré comme préposé aux appétits, aux besoins, aux désirs, aux émotions, comme l'élément, en un mot, qui préside aux phénomènes affectifs. Ces idées, si brillamment démontrées par les observations des psychologues de l'autre siècle, se sont perpé-

[1] LOBSTEIN. — *De nervi sympathetici humani fabrica, usu et morbis*, Paris, 1823.

[2] LOBSTEIN.— *Loc. cit.*, p. 141. Cité par Trumel de Fontaret. *Pathologie clinique du grand sympathique*, Paris, Baillière, 1880, p. 46.

tuées et il semble qu'à l'heure actuelle elles subissent une sorte de rajeunissement.

Déjà, Morel avait placé son délire émotif sous la dépendance du grand sympathique, comme l'indique le titre même de son mémoire : « Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. » Ces faits n'ont pas échappé aux physiologistes modernes et le rôle du grand sympathique est de moins en moins méconnu.

Pouvait-il en être autrement, après les admirables découvertes de Claude Bernard et de Brown-Séquard ? Ainsi se trouvaient confirmées les idées émises par Cabanis, Bichat, Cerise, Morel, sur le rôle du grand sympathique dans la genèse des émotions.

« On paraît autorisé à dire, écrit M. Féré, que c'est le grand sympathique qui préside à l'extériorisation des émotions. Mais nous n'avons pas le droit de supposer les émotions sans leurs signes extérieurs : l'expérience nous montre, en effet, que chaque fois que la nécessité ou l'éducation atténuent l'expression d'une émotion, l'émotion est elle-même atténuée. Si l'émotion ne peut pas être dissociée de son expression, nous sommes menés à admettre que l'émotion est essentiellement un phénomène réflexe généralisé, dont la voie centrifuge est principalement le système grand sympathique[1]. »

MM. Pitres et Régis, en soutenant les idées de Morel, paraissent pencher aussi pour sa théorie sympathique. Signalant l'opinion de Bechterew et de Misslawski, qui voient dans l'éreutophobie une excitation des centres corticaux vaso-dilatateurs décrits par eux dans la partie externe du segment antérieur du gyrus sygmoïde, ils font remarquer « que la rougeur, dans l'éreuthophobie, est liée à tout un ensemble de phénomènes d'angoisse, communs d'ailleurs, à des degrés divers, à toutes les obsessions et que la totalité de ces phénomènes si variés trouve bien mieux son explication dans la seule action du grand sympathique, qui les tient tous sous sa dépendance, que dans la théorie, si incertaine ici, des localisations cérébrales[2] ». M. Hartenberg[3] dit que tous les symptômes de la

[1] Féré. — *Pathologie des émotions*, Paris, Alcan, 1892.

[2] Pitres et Régis. — *Les obsessions et les impulsions*, p. 200.

[3] Hartenberg. — Conception psychologique de la névrose d'angoisse, *IVe Congrès international de psychologie.*

névrose d'angoisse consistent en désordres vasculaires viscéraux placés sous la dépendance du système nerveux sympathique.

En adoptant ces idées, nous croyons être dans la vérité, parce qu'elles nous donnent une explication suffisante de tous les cas.

Les psychologues ne sont pas d'accord sur la signification des émotions. Pour les uns, ce sont des accès maladifs (Kant) ; pour d'autres, Sergi[1], par exemple, ce sont des phénomènes vitaux au même titre que les phénomènes de reproduction et de nutrition et leur rôle est un rôle de protection pour l'individu. L'anxiété, comme la peur et la crainte avec lesquelles elle a tant de points communs, serait une émotion de défense. Il est certain qu'une violente angoisse se localisant au cerveau exclusivement amènerait, dans le tumulte de son mécanisme et la violence de ses manifestations, des désordres profonds et irréparables. C'est alors qu'intervient le système ganglionnaire viscéral préposé aux phénomènes affectifs et c'est vers lui que se fait la dérivation salutaire.

Nous avons vu que l'influence des intoxications n'est pas moindre dans la production de l'anxiété. Nous avons trouvé celle-ci dans les états fébriles, dans les états infectieux, dans les auto-intoxications (Régis), dans certains empoisonnements qui ont une action directe sur le cœur, comme dans l'intoxication nicotinique. On a même voulu faire jouer un rôle à l'intoxication acétonémique dans la production des psychoses anxieuses[2]. D'ailleurs, le rôle des intoxications doit être beaucoup plus grand qu'on ne le croit généralement, mais, dans tous les cas, la plupart des poisons et des toxines ont une action directe sur le cœur et surtout sur les vaisseaux.

L'organisme atteint dans sa vie de nutrition éprouve une souffrance qui se traduit par de l'anxiété. L'angoisse peut donc avoir une origine exclusivement somatique, comme nous l'avons vue avoir une origine purement psychique. Le grand sympathique préposé à la vie affective joue le rôle de défenseur vis-à-vis des ennemis du dedans aussi bien que des ennemis du dehors.

L'état affectif a une existence réelle, qui a constitué l'être avant

[1] SERGI. — Les émotions, *Bibliothèque du Dr Toulouse*, Doin, 1902.

[2] DE BOECK et SLOSSE. — De la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés, *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1891.

l'apparition du moi, qui constitue l'individualité d'une foule d'organismes vivants. C'est dans cet état affectif qu'est la source de nos émotions, et tout ce qui impressionne les organes de la vie affective impressionne aussi notre sensibilité morale. A mesure que nous nous élevons vers les régions intellectuelles, nous nous éloignons de l'état affectif. C'est à peine s'il faut parler d'affectivité quand il s'agit d'émotions supérieures (esthétiques, intellectuelles). D'autre part, nous nous rapprochons de cet état affectif chaque fois que notre nature intellectuelle se dégrade. Et c'est peut-être au nom des lois de l'atavisme que nous voyons cet état affectif, qui fut pendant de longues périodes de temps l'unique mode de notre individualité, reparaître chez les dégénérés avec la tendance innée à l'émotivité, source de l'anxiété et de l'angoisse.

Diagnostic. — Le diagnostic des états anxieux ne paraît comporter aucune difficulté. La symptomatologie est assez caractéristique pour ne prêter à aucune confusion. Cependant, dans les psychopathies anxieuses, l'agitation anxieuse pourrait être confondue, au début, avec l'agitation maniaque. Mais l'examen du contenu du délire ne laissera pas longtemps dans l'indécision.

Pronostic. — Le pronostic des états anxieux semble comporter une certaine gravité. Liés à un ébranlement somatique souvent considérable, ils ont une tendance à persister. L'anxiété diffuse ouvre la porte à nombre de phénomènes morbides secondaires, comme les phobies et les obsessions qui offrent un pronostic particulier généralement grave. Les psychopathies anxieuses, par leur caractère épisodique et leur tendance à la chronicité, avec altérations de la personnalité, ont également un pronostic sombre, surtout lorsque la maladie se manifeste à un âge déjà avancé. Néanmoins, comme nous l'avons vu, l'amélioration est encore possible.

Traitement. — Le traitement des états anxieux peut être prophylactique et curatif.

a) *Traitement préventif.* — Le traitement préventif a été indiqué par M. le professeur Marro. « Parmi les effets des émotions dépressives, dit le savant médecin italien, il n'y a que variété de degrés. Ainsi, par effet de la tristesse comme par effet de la peur, nous

trouvons, en même temps que la diminution de l'innervation volontaire, l'augmentation dans l'innervation des muscles de la vie organique, qui dans la tristesse se limite à amener la constriction vasculaire périphérique et la réfrigération cutanée qui en est la conséquence, tandis que dans la peur elle s'étend aux muscles cutanés et viscéraux provoquant la chair de poule, le dressement des cheveux, l'arrêt de la sécrétion salivaire, l'accélération des mouvements péristaltiques de l'intestin, la contraction de la vessie, etc. La mort par l'arrêt des mouvements du cœur, suite de l'excitation du vague, peut advenir aussi bien par une grande frayeur que par une grande douleur soit physique, soit morale[1]. » Par suite de l'analogie de l'anxiété avec les émotions dépressives et particulièrement la peur, nous appliquerons le même traitement préventif. Celui-ci consistera dans l'ouverture des voies régulières du réflexe aux excitements psychiques, afin qu'ils ne viennent à se refléter avec trop d'intensité sur le centre vaso-moteur.

Et Marro, trouvant la plus grande analogie entre les effets des émotions dépressives et l'action du froid, recommande des applications froides graduelles, comme moyen prophylactique. « Nous retrouvons en suite du froid, dit-il, la contraction des vaisseaux capillaires périphériques, la sensation du froid, la chair de poule, le tremblement, la contraction de la vessie. »

« Avec les applications froides graduelles, nous tentons d'éveiller le réflexe vaso-dilatateur cutané, qui succède à la première constriction cutanée vaso-capillaire et contraste avec les réactions désordonnées vaso-paralytiques ou vaso-dilatatoires viscérales dans lesquelles se résout l'action morbifique du froid, lorsqu'il devance la force de résistance de l'organisme. »

Pour arriver à ce résultat, Marro recommande les pratiques journalières de l'*hydrothérapie froide,* pour combattre les causes déprimantes, physiques et morales; en second lieu, *la lutte,* la lutte des anciens, de façon à favoriser le réflexe musculaire; enfin, un troisième moyen, celui-là intellectuel, consiste à nous habituer à considérer les choses qui nous inspirent de la crainte, à les regarder

[1] Marro. — Prophylaxie des émotions, *IVe Congrès international de psychologie,* Paris, Alcan, 1901.

en face, et ainsi à nous aguerrir, au lieu de déclarer nos efforts inutiles.

b) Moyens pharmaceutiques. — La thérapeutique des états d'anxiété a été inspirée par la prédominance des troubles cardio-vasculaires.

Le nitryte d'amyle aurait été employé avec succès par Meynert, tandis qu'il serait sans effet pour Krafft-Ebing.

La *trinitrine* a été préconisée par Paoli, qui en aurait obtenu de bons effets dans le traitement des paroxysmes anxieux des mélancoliques pour relever leur état misérable.

Nous avons employé l'*opium* sous toutes ses formes pharmaceutiques (laudanum à doses progressives, chlorhydrate de morphine, codéine). Le bromure de potassium, le chloral, les médicaments cardiaques sont à recommander. Tous les médecins qui préconisent le traitement par le repos au lit ont vanté les bons effets de l'alitement.

TABLE DES MATIÈRES

DES TICS EN GÉNÉRAL

RAPPORT

Présenté par M. le Docteur E. NOGUÈS (de Toulouse)

PRÉAMBULE

En choisissant comme sujet de pathologie nerveuse « les Tics en général », le Congrès de Limoges s'est certainement proposé de donner pour mission au rapporteur de synthétiser, en un mémoire aussi condensé que possible, les nombreux travaux écrits sur la matière et disséminés un peu partout dans la littérature médicale. Il a souhaité qu'il fût présenté au Congrès de Grenoble une sorte de mise au point de la question et des interprétations pathogéniques, variées et souvent contradictoires, qu'elle a suscitées aussi bien de la part des neurologistes que de celle des psychiatres, des physiologistes ou des chirurgiens.

Il nous paraît, en effet, que le rôle du rapporteur n'est pas tant d'exposer des idées personnelles que de faire ressortir les points à discuter sur lesquels, bien que quelquefois tout le monde soit d'accord, se sont accumulées « des controverses qui ne sont le plus souvent que des quiproquos ».

Or, dans l'espèce, nons estimons que les mouvements cloniques ou toniques si divers qui ont été désignés sous le nom de tics, ne méritent pas tous cette appellation, et qu'il sera tout d'abord nécessaire, indispensable même, comme l'a dit très justement

M. Meige au Congrès de Toulouse, de s'entendre sur une terminologie précise « sans laquelle toute discussion deviendrait stérile ».

De ce fait, ce rapport dont le titre un peu vaste semblerait devoir comporter de longs développements, va se trouver limité, ce qui, nous semble-t-il, est nécessaire.

Mais il restera encore bien des chapitres sur lesquels il y aura matière à discussion, et nous espérons bien que de celle-ci jaillira cette lumière qui dissipera l'obscurité dont la question des tics a été jusqu'à ce jour environnée.

Ce travail sera avant tout clinique ; nous tâcherons de rester sur le terrain de l'observation et d'exposer de notre mieux « l'histoire vue et vécue des faits, tels qu'ils existent, tels que nous les montre la pratique, simplement encadrés dans des considérations de psychopathologie indispensables[1] ».

[1] PITRES et RÉGIS. — Séméiologie des obsessions et idées fixes. *Congrès de Moscou,* 1897.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Considéré par la majorité des auteurs comme une onomatopée, le mot tic « évoque en effet l'idée de répétition en même temps qu'il imite le bruit d'un déclanchement sec ; on le retrouve dans « tic-tac ».

Dans tous les dialectes, c'est à peu près le même mot dont l'origine paraît identique : *zuchen, zichen, tucken, ticken, tick*, pour les Allemands ; *tugg, tiek*, pour les Anglais ; *ticchio*, pour les Italiens ; *tico*, pour les Espagnols.

Tel qu'il est, le mot exprime assez bien le phénomène brusque, inattendu qu'il veut désigner.

Il ne paraît pas que les anciens aient décrit le symptôme musculaire que nous désignons aujourd'hui sous ce nom de tic. Dans tous les cas il demeure confondu au milieu des maladies convulsives et des spasmes divers dont ils ont donné un tableau assez obscur.

Si on ne tient pas compte, en effet, des descriptions plutôt confuses que nous ont laissées des troubles musculaires Arétée, Galien, Celse, Cœlius, Aurélianus, Paul d'Égine, et plus tard, aux IXe et Xe siècles, les médecins arabes Rhazès et Arétée, il faut arriver jusqu'au milieu du XVIIe siècle pour trouver une analyse un peu plus rigoureuse des manifestations convulsives.

En 1667, Thomas Willis, dans son traité *De morbis convulsivis*, fait très nettement la distinction entre la convulsion qu'il appelle *continue, permanente, tétanique*, et celle qu'il qualifie d'*intermittente*, de *momentanée*, de *brève*, laquelle « se caractérise par des périodes d'agitation furieuse alternant avec des périodes de repos ».

Il n'est donc pas douteux que Willis ait compris et déterminé la double forme sous laquelle se présente tout symptôme convulsif. Mais c'est Michaël Etmüller qui, le premier, en 1702, a divisé les convulsions en *toniques* et en *cloniques*, et malgré que Jourdin ait déjà décrit, en 1655, « le tique » du cheval, c'est aussi à cette époque que le mot tic a été employé pour la première fois.

M. Cruchet, dans sa thèse[1], cite les auteurs (Daucourt, Grimarest, Dangeau, Saint-Simon) qui se sont servis du mot *tic* pour décrire les contractions faciales de certains personnages de l'époque, entre autres Molière et Pierre le Grand.

Dès lors le mot est consacré, mais sert à désigner des mouvements tout à fait dissemblables. C'est ainsi qu'en 1756, André, chirurgien de Versailles, décrit le *tic douloureux* de la face ; Sauvages, en 1768, confond sous le nom de tics les convulsions de toute nature. En 1787, Pujol, de Castres, est plus précis et, dans son mémoire sur le tic douloureux, il sépare celui-ci des autres affections convulsives et affirme qu'elles ne sont pas toujours douloureuses. Cet auteur, cependant, s'il a eu le mérite très grand pour l'époque, de faire cette distinction importante et d'employer le terme de *tic convulsif* qui est resté depuis lors classique, laisse dans l'imprécision ces manifestations convulsives et ne nous dit pas si elles sont cloniques ou toniques.

Il faut arriver en 1821, avec Bell, pour que les convulsions de la face soient isolées et étudiées en détail. En 1842, Graves rapporte l'histoire d'une malade dont « tous les muscles innervés par le facial étaient atteints de contractions spasmodiques qui revenaient plusieurs fois dans l'espace d'une minute ». Les années suivantes, François (de Louvain), 1843, publie un mémoire sur *Les convulsions idiopathiques de la face,* et Romberg (1846) « retrace, dit Niémeyer, en traits rapides et frappants un tableau caractéristique de la convulsion mimique ». En 1850, Roth, dans un mémoire intitulé : *Histoire de la musculation irrésistible ou de la chorée anormale,* essaye de classer et de différencier les tics, mais il les confond avec

[1] René CRUCHET. — *Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique.* Thèse de Bordeaux, 1902.

les troubles musculaires de la chorée, de l'épilepsie, de l'hystérie, et son travail ne fait pas faire un grand pas à la question.

Dans une communication à l'Académie des Sciences, Bosredon, en 1856, en parlant du délire des aboyeurs, donne quelques observations des tics de la voix.

De 1860 à 1866, plusieurs auteurs classiques, Valleix, Axenfeld, Niémeyer, Debrou et enfin Trousseau, reprennent la question et décrivent sous des noms divers les contractions de la face. Pour eux il s'agit d'une affection locale due soit à des lésions nerveuses périphériques ou centrales (Debrou) ou provoquées par le froid, le rhumatisme, une carie dentaire, des ulcérations de la bouche ou du pharynx (de Grœfe). Elle peut aussi, d'après ces auteurs, reconnaître une origine réflexe : vers intestinaux, lésions de l'utérus, etc....

Cependant Trousseau, en 1865, malgré qu'il en fasse une sorte de chorée partielle, trace un si remarquable tableau des tics qu'au jourd'hui encore, il y a peu à ajouter ou à retrancher à sa magistrale description. « Je parle, dit-il, du tic non douloureux qui consiste en des contractions instantanées, rapides, involontaires, généralement limitées à un petit nombre de muscles, habituellement aux muscles de la face, mais pouvant aussi en affecter d'autres, ceux du cou, du tronc ou des membres. Il n'est personne qui n'ait eu l'occasion de rencontrer des individus qui en sont affectés. Chez l'un, c'est un clignotement des paupières, un tiraillement convulsif de la joue, de l'œil, du nez, qui donne au visage un air grimaçant ; chez un autre c'est un hochement de tête, une contorsion brusque et passagère du cou, se répétant à chaque instant ; chez un troisième, c'est un soulèvement d'épaule, une agitation convulsive des muscles abdominaux ou du diaphragme ; c'est, en un mot, une variété infinie de mouvements bizarres qui échappent à toute description.

« Les tics, ajoute-t-il, sont, dans quelques cas, accompagnés d'un cri, d'un éclat de voix plus ou moins bruyant, très caractéristique... Ce cri, ce japement, cet éclat de voix, véritables chorées laryngées ou diaphragmatiques, peuvent constituer tout le tic. C'est encore une tendance singulière à répéter toujours le même mot, la même exclamation ; et même l'individu profère à haute voix des mots qu'il voudrait bien retenir. »

On le voit, rien ne manque, et comme le font très justement

remarquer MM. Meige et Feindel[1], « cette description a l'avantage d'être applicable à toutes les formes, légères ou graves, limitées ou généralisées. Elle fait entrevoir toutes les modalités de l'affection, depuis le tic oculaire le plus simple, jusqu'à la maladie des tics convulsifs généralisés avec écholalie et coprolalie, décrite par M. Gilles de La Tourette. »

L'illustre clinicien avait en outre noté qu'il fallait tenir compte de l'état psychique des tiqueurs, de leur hérédité souvent similaire; il avait même entrevu le traitement à leur appliquer.

Et cependant les idées de Trousseau passent presque inaperçues. Erb, Troisier, Rosenthal, Jaccoud, Eichhorst, donnent des tics une description variable et confuse et font entrer dans leur pathogénie l'éclampsie, la chorée, le tétanos, l'hystérie, l'épilepsie. Néanmoins, Jaccoud et Rosenthal distinguent deux formes de tics : l'une clonique, l'autre tonique, et nous verrons que cette division appuyée sur des faits cliniques va être justement reprise. Mais ces auteurs laissent de côté l'état psychique, et lorsqu'ils en parlent, ils n'ont en vue que son influence sur le tic déjà existant.

En 1883, dans le dictionnaire de Jaccouet, M. Letulle développe la description de Trousseau. Il distingue des tics convulsifs, les tics qu'il appelle *coordonnés* et qui sont « constitués par tous les gestes habituels, invétérés, devenus involontaires ». Il divise ces tics coordonnés en trois groupes : les tics des gestes et de l'attitude, les tics de la voix et les tics du langage articulé. Ces tics d'habitude ne doivent pas toujours être considérés, à notre sens, comme des tics véritables pour des raisons que nous développerons plus loin. Il faut cependant retenir de la description de M. Letulle qu'il donne une place plus importante à l'état mental et que, le premier, il a appelé « tic de la pensée » la répétition inconsciente et par accès d'une même idée, en la rapprochant de la répétition involontaire du mouvement convulsif.

Donc, avec Trousseau et Letulle, au trouble moteur s'ajoutent d'autres symptômes : la répétition intempestive de certains mots, l'émission involontaire de paroles quelquefois ordurières. Mais ces phénomènes restent encore secondaires.

[1] Meige et Feindel. — *Les Tics*, 1902.

Ils passent, au contraire, au premier plan avec M. Gilles de La Tourette, qui, en 1884 et 1885, sous l'inspiration de Charcot, décrit, dans les *Archives de neurologie,* « une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'*écholalie* et de *coprolalie* ». Cette maladie, à symptômes déterminés, à évolution progressive, dans laquelle les tics se compliquent de phénomènes mentaux et qu'il considère comme incurable, Gilles de La Tourette la rapproche des observations de *Béard* sur les *Sauteurs du Maine* (Jumping), de *O'Brien* sur les *Latah malais* et de *Hammond* sur le *Myriachit sibérien.* Il appuie sa description sur neuf observations : l'une d'elles, rapportée par Itard en 1825, est restée célèbre, citée par Roth en 1850 et par Sandras en 1851, ces trois auteurs considèrent qu'il s'agit d'une forme de chorée. Charcot eut l'occasion de voir la malade qui fait l'objet de cette observation et diagnostiqua chez elle, rétrospectivement, la maladie des tics.

En 1885, Charcot présente dans ses leçons plusieurs autres cas de la nouvelle maladie. Il accepte le mot de coprolalie, mais il fait voir que, loin d'être incoordonnés, les mouvements sont, au contraire, systématiques. Au mouvement convulsif, à l'*écholalie* et à la *coprolalie,* il ajoute un autre symptôme, l'idée fixe, l'obsession, que, comme Letulle, il appelle le tic des idées. Enfin, il propose de donner à cette affection le nom de *maladie des tics convulsifs,* et cette consécration du grand clinicien de la Salpêtrière lui fait prendre rang désormais dans le cadre nosologique.

C'est donc l'enseignement de Charcot qui met en évidence l'importance de l'état mental dans le tic.

En 1886, G. Guinon rapporte de nouvelles observations. Il critique, comme l'avait fait Charcot, le terme d'incoordination motrice ; de l'écholalie, répétition involontaire du mot entendu, il rapproche l'*échokinésie,* reproduction intempestive du geste vu. « En résumé, ajoute-t-il, on peut donner le nom de maladie des tics convulsifs à une affection qui, lorsqu'elle atteint son plus haut degré de gravité, s'accompagne de phénomènes connus sous le nom d'écholalie, échokinésie et coprolalie, ainsi que d'un état mental particulier qui se manifeste surtout par la présence d'idées fixes. Dans sa plus grande bénignité, elle n'est caractérisée que par des tics proprement dits, c'est-à-dire par les grimaces de la face ou les mouvements involontaires des membres qui sont d'une si grande fréquence. »

A partir de cette époque les travaux se multiplient sur la nouvelle maladie. Cette même année (1886), M. Lannois, dans sa thèse d'agrégation, range la maladie des tics parmi les pseudo-chorées et la considère comme une sorte d'intermédiaire entre la chorée rythmée et la chorée de Sydenham. En même temps, des auteurs étrangers : Armangué y Tuset, de Barcelone; Railton, de Manchester; Jankowsky, Dana et Wilkin, de New-York; Tokarek, de Moscou, publient des observations identiques ou superposables à celles parues en France.

En 1887, George Guinon, dans son long et très remarquable article du dictionnaire de Dechambre, développe, en y ajoutant de nombreuses et séduisantes idées personnelles, les travaux de Charcot et de Gilles de La Tourette.

On cherche alors à distinguer les tics des chorées et de l'hystérie : Charcot, Germain Sée, G. Guinon, les professeurs Pitres et Grasset, Chabbert, publient sur le diagnostic différentiel des travaux cliniques intéressants. D'autre part, Marie, de Ranse, Vonlair, Lemoine et Lemaire, Ricklin, s'efforcent de différencier les tics du paramyoclonus multiplex. Les thèses d'Allard, de Chauvreau, de Janowicz, de J. Noir, de Martaud, apportent de nouveaux faits. M. Julien Noir, en particulier, dans sa remarquable thèse (1895) inspirée par M. Bourneville, s'applique à montrer les liens étroits qui existent entre les phénomènes moteurs et l'état mental ; les malades sur lesquels ses observations ont porté, étant des dégénérés, idiots ou imbéciles. La même année, M. Roubinovitch, dans une communication à la Société médico-psychologique, relate un fait très intéressant de tics avec obsessions.

M. le professeur Brissaud, dans une leçon qui fait date dans l'histoire des tics, établit la distinction entre le spasme et le tic et montre que la différenciation entre ces deux ordres de mouvements est indispensable pour la clarté des idées, les uns ressortissant « à une irritation pathologique d'un des points d'un arc réflexe d'origine spinale », ce sont des *spasmes ;* les autres, ne reconnaissant aucune cause organique, sont des troubles fonctionnels et ont sans doute une origine corticale : ce sont des *tics.*

Dans cette même, leçon M. Brissaud décrit, sous le nom de *torticolis mental,* une espèce particulière de tics cloniques ou toniques, caractérisés par une attitude vicieuse de la tête et du cou, qui

présente comme caractéristique « de pouvoir être corrigée immédiatement et complètement grâce à un subterfuge particulier des malades. »

Dès lors les phénomènes mentaux du tic prennent une place prépondérante. Sous l'influence même des idées de M. Magnan, il semble que les phénomènes moteurs passent au second rang. Pour MM. Saury et Legrain, ses élèves, les tics ne constituent pas une maladie autonome, ils ne seraient que des manifestations objectives de ce que M. Magnan a appelé la dégénérescence mentale.

Dans ces derniers temps, les professeurs Brissaud, Pitres, Grasset et leurs élèves ont repris la question des tics et en ont plus spécialement étudié la pathogénie et le traitement.

MM. Meige et Feindel en particulier, sous l'inspiration de M. Brissaud, ont fait paraître ces dernières années une série d'études cliniques, pathogéniques et thérapeutiques dans lesquelles ils se sont appliqués à démontrer que pour constituer un tic il fallait un élément moteur et un état psychique particulier. Ils ont surtout minutieusement analysé cet état mental du tiqueur et ont montré que c'est en soignant celui-ci et en faisant la rééducation des mouvements qu'on pourrait arriver à améliorer et souvent à guérir les tics jusque-là réputés incurables.

M. le professeur Pitres, de son côté, a préconisé, dans ses leçons et dans diverses communications, une méthode de traitement dont son élève, M. René Cruchet, dans une excellente thèse très documentée, a décrit le manuel opératoire en le faisant précéder de considérations pathogéniques sur lesquelles nous reviendrons. M. Dubois (de Saujon), de son côté, emploie une méthode qui se rapproche de celle de Brissaud-Meige, Feindel ; dans une récente communication à la Société de thérapeutique, cet auteur étudie les troubles de l'attention chez les tiqueurs.

Dans une leçon récente, M. Gilbert Ballet a étudié les rapports des tics et de l'obsession, l'état mental des tiqueurs et en déduit des considérations intéressantes.

Enfin, au moment où ce rapport sera distribué aux membres du Congrès, il aura déjà paru une lumineuse étude des tiqueurs, *véritable Traité des tics* dans lequel notre excellent ami, M. Meige, en collaboration avec M. Feindel, donne le résultat de ses longues et patientes observations. Depuis près de dix ans, en effet, M. Meige a

consacré une partie de son temps à l'étude des tics et il n'était que juste, au moment où cette question va être discutée au Congrès, qu'il exposât en détail le fruit de ses consciencieuses et savantes recherches.

Il l'a fait en une langue claire, précise, élégante, s'appuyant surtout sur des faits cliniques soigneusement observés.

Il a bien voulu nous donner la primeur de son travail et nous en envoyer, avant l'impression, les meilleures pages. Elles ont été pour nous d'un précieux secours, et s'il paraît à quelques-uns que ce rapport est la paraphrase du traité de MM. Meige et Feindel, ils voudront bien nous en excuser, car, partageant, ou peu s'en faut, toutes les idées qui y sont contenues, nous ne pouvions avoir de plus sûr et de meilleur guide.

CHAPITRE II

Délimitation du tic

I

On peut constater, d'après ce rapide exposé historique, combien sont diverses les origines des mouvements anormaux qui ont été désignés sous le nom de tics.

Les uns ont donné cette appellation aux manifestations spasmodiques ressortissant à un substratum anatomique, à une lésion organique; quelques-uns ont voulu voir dans les réactions musculaires que provoquent les névralgies des similitudes avec les tics, enfin les autres, reléguant au second plan les phénomènes moteurs, ont pensé que ceux-ci n'étaient que des épisodes d'une maladie psychique.

« Où est la vérité ? » s'écrie mélancoliquement M. Cruchet. Et de fait, il paraît difficile de se reconnaître dans ce chaos, dans ce dédale d'affections si dissemblables et portant toutes une même étiquette.

« Si la question du tic, disait M. Meige à Toulouse, semble aujourd'hui entourée de tant d'obscurité, c'est que les auteurs qui s'en sont occupés ne parlent pas tous la même langue. La confusion des mots entraîne la confusion des idées et réciproquement.

« Il faut, disait Broca, que chaque chose ait un nom, que chaque chose n'ait qu'un nom, et que ce nom ne désigne qu'une seule chose. Le mot tic est loin de satisfaire à ces conditions.

« Une entente terminologique est donc nécessaire avant d'aborder l'étude du tic. On peut espérer qu'elle se réalisera bientôt. »

Déjà M. G. Guinon[1] disait en 1887 : « Les affections organiques s'accompagnent aussi de troubles moteurs localisés dans le domaine du nerf facial ou d'un nerf du cou, et dans ces cas le diagnostic pourra être souvent assez difficile. Nombre de cas semblables sont disséminés dans la littérature médicale sous le titre de tics. *Nous voudrions leur voir assigner un autre nom, pour éviter la regrettable confusion que l'on peut faire entre deux troubles moteurs aussi différents.* »

Et plus loin le même auteur ajoute : « Il y a des mouvements convulsifs d'espèces bien différentes. Les uns consistent en *spasmes* se produisant dans le domaine d'un nerf moteur ou mixte, le plus souvent un nerf crânien, en particulier le nerf facial, et reconnaissent pour cause une lésion anatomique, soit centrale, soit périphérique, du système nerveux. Presque tous les auteurs français et étrangers, ces derniers surtout, depuis que le mot est passé tel que dans leurs langues, décrivent ces mouvements sous le nom de Tic. Ce ne sont *que des convulsions partielles,* localisées au domaine d'un nerf, du facial par exemple, et non des tics convulsifs vrais. *Ils en diffèrent tant par leur caractère propre que par les autres symptômes qui les accompagnent;* au point de vue anatomo-pathologique, la distinction est encore plus tranchée, *les lésions étant nulles dans un cas, constantes dans l'autre.* »

En 1893, M. Brissaud[2] s'est appliqué à établir la distinction qui doit exister entre les mouvements spasmodiques dont la cause organique ou réflexe est certaine ou probable, et les mouvements involontaires reproduisant un acte fonctionnel et qui, par cela même, doivent avoir une origine corticale. Il réserve aux premiers le nom de spasmes, aux seconds le nom de tics.

« Le spasme, dit-il, est le résultat d'une irritation subite et passagère et d'un des points d'un arc réflexe... Le spasme est un acte exclusivement réflexe d'origine spinale. »

MM. Meige et Feindel ont mieux précisé encore ce qu'il faut entendre par spasme : « C'est, disent-ils, une réaction motrice résul-

[1] G. Guinon. — Art. *Tic,* in *Dictionnaire de Dechambre.*

[2] Brissaud. — *Tics et spasmes cloniques de la face* (Leçons sur les maladies nerveuses, 1893-94).

tant de l'irritation d'un point quelconque d'un arc réflexe spinal ou bulbo spinal. » Et pour différencier le réflexe, phénomène physiologique, du spasme, phénomène pathologique, ils ajoutent : « *L'irritation qui provoque le spasme est elle-même produite par une cause pathologique* [1].»

Par suite, le spasme, réflexe bulbo-médullaire de cause pathologique ne peut être constitué que s'il existe une perturbation morbide sur un des points de l'arc réflexe : périphérie sensitive, conducteur centripète, centre bulbo-médullaire et, enfin, voies centrifuges.

MM. Meige et Feindel étudient avec soin de quelles diverses façons ces différents points peuvent être influencés pour produire le spasme.

Les centres bulbaires ou spinaux peuvent être ébranlés soit par des excitations périphériques, soit par une irritation des conducteurs partant de l'écorce et aussi par celle venue de l'écorce elle-même.

« Si, disent ces auteurs, on irrite un point de l'écorce rolandique ou un point de la voie centripète cortico-spinale, il peut se produire une réaction motrice, de même qu'il s'en produit une à la suite de l'irritation d'un conducteur sensitif. La voie centripète a changé, cependant *le centre du réflexe est resté bulbo-spinal;* la voie centrifuge n'a pas varié elle non plus.

« Donnerons-nous le nom de spasmes à ces réactions motrices provoquées par l'irritation d'un point de l'écorce ou des conducteurs centripètes qui en émanent ? Pourquoi non ? La substance grise corticale n'est-elle pas d'origine *ectodermique* comme le revêtement cutané de l'individu ? Elle est capable de jouer le rôle d'une substance *sensible ;* on peut la considérer comme le point le plus éloigné d'une voie centripète aboutissant aux centres réflexes bulbo-médullaires. *Le centre du réflexe n'a pas varié ; il est toujours bulbo-spinal,* et si l'irritation est de cause pathologique, nous pourrions dire encore qu'il s'agit, selon notre définition, d'un spasme, c'est-à-dire d'une réaction motrice dépendant de l'*irritation d'un point d'un arc réflexe bulbo-spinal.*

« Il y a lieu cependant, ajoutent-ils encore, d'établir une distinction. Voici pourquoi : dans le premier cas, l'irritation portait sur une voie

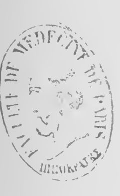
[1] MEIGE et FEINDEL. — *Les tics,* 1902.

centripète périphérique, autrement dit sur un nerf sensitif ; dans le second cas, nous venons de le voir, l'irritation porte sur une voie centripète cortico-spinale. Le siège de l'épine irritative a donc varié ; en outre, les manifestations motrices qui sont, dans l'un et dans l'autre cas, la conséquence de cette irritation, ne se traduisent pas cliniquement de façon identique.

« Par exemple, les convulsions du type jacksonien consécutives à l'irritation d'un des points les plus éloignes de la voie cortico-spinale, — l'écorce — ne ressemblent guère aux mouvements spasmodiques produits par l'irritation d'un conducteur périphérique, un nerf sensitif[1]. »

C'est en nous basant sur ces données que nous appellerons spasmes et non tics, les troubles moteurs décrits par différents auteurs et dont ils ont trouvé la cause dans des lésions anatomiques constatées à l'autopsie.

Telles sont les observations de *Debrou*[2] (caillot siégeant à la surface de l'hémisphère gauche, à la limite du lobe frontal), de *Chipault*[3] (gliôme sous-cortical dans le pied de la deuxième frontale), de *Schultz* (anévrisme de l'artère vertébrale au niveau de la naissance de la basilaire), de *Féré*[4] (traumatisme de l'encéphale), de *Buss*[5] (dilatation athéromateuse de l'artère cérébelleuse postérieure gauche comprimant le tronc du facial gauche), de *Cruchet*[6] (compression du tronc facial droit, à son émergence par une épaisse fausse membrane), etc...



Dans d'autres cas ce sont des affections de voisinage : ganglions tuméfiés, otites mogennes, caries du rocher, etc. (cas de Romberg, de Rosenthal, d'Oppolzer), qui sont incriminées, parce qu'elles ont déterminé des secousses musculaires dans le domaine du facial.

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Les Tics*, 1902.

[2] DEBROU. — Sur le tic non douloureux de la face (*Arch. génér. de méd.*, juin 1864).

[3] CHIPAULT. — *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1901.

[4] FÉRÉ. — Contribution à la pathologie des spasmes fonctionnels du cou. *Revue de méd.*, septembre 1894.

[5] BUSS. — Contribution à la théorie de l'étiologie du tic convulsif (*Neurol. centralbl.*, 1886).

[6] CRUCHET. — *Loc. cit.*

Quelquefois aussi on a accusé des paralysies faciales anciennes de produire dans les muscles paralysés, au lieu des contractions fibrillaires habituelles, des mouvements spasmodiques qualifiés tics.

Quelques auteurs (Lewin[1], Cruchet[2]) ont encore donné le nom de tic à des crises épileptoïdes, à l'épilepsie jacksonienne, à l'hémichorée postapoplectique, à la méningite tuberculeuse, voire même aux mouvements produits par les poisons convulsivants.

Ce sont là, nous l'avons vu, des accidents de forme convulsive qui traduisent l'irritation de la voie centripète cortico-spinale. Avec MM. Meige et Feindel[3] nous dirons « qu'ils ne sauraient être confondus avec ceux que produit l'irritation d'un nerf.

« ..... Ils portent en effet des noms distinctifs. On les appelle : phénomènes jacksoniens, convulsions épileptiformes, hémichorée, hémiathétose ou hémitremblement, pré ou post-paralytique, etc...

« Nous croyons utile de leur conserver ces dénominations suivant le type anatomoclinique qu'ils représentent et dont ils se rapprochent le plus. Nous ne leur donnerons pas le nom de spasmes, mais surtout nous nous garderons de les appeler tics. »

Car c'est ainsi que, à l'exemple de M. Cruchet, on en arrive à considérer le tic comme un symptôme commun à plusieurs maladies.

Pour cet auteur, il suffit « qu'un mouvement ou un groupe de mouvements reproduise un acte physiologique déterminé », pour qu'il le baptise tic, mais nous verrons qu'un mouvement anormal pour devenir tic a besoin d'un second élément *indispensable à sa constitution,* à savoir un état mental spécial dont Charcot a fait ressortir toute la valeur.

Enfin, dans ces dernières, années on a voulu assimiler les tics aux myoclonies et aux polyclonies et, se basant sur des résultats d'autopsie, on a essayé de faire voir que ceux-ci comme celles-là reconnaissent la même cause anatomique (Rossi et Gonzales, Murri, Vincenzo Patella). Il ne nous paraît pas que ces constatations puissent être appliquées aux tics. Tout au plus pourrait-on dire que cer-

[1] LEWIN. — Phosphaturie mit Tic convulsif bei einem 3 1/2 jährigen-Kinde, *Arch. f. phys. diat. Therapie,* 1900.

[2] CRUCHET. — *Loc. cit.*

[3] MEIGE et FEINDEL. — *Loc. cit.*

taines secousses cloniques, ayant pour raison d'être des lésions corticales, peuvent présenter des difficultés de diagnostic avec les tics, à cause de leur ressemblance clinique avec ceux-ci.

Il en est de même de l'expérience classique, de MM. Gilbert, Cadiot et Roger[1], souvent citée comme preuve de l'origine bulbaire des tics de la face. Elle ne prouve qu'une chose, « c'est que le centre bulbaire jouait un rôle essentiel dans la production des mouvements convulsifs et ceci est le propre du spasme ». Si donc les mouvements anormaux décrits sous les noms de *tic convulsif,* de *tic spasmodique,* de *tic matériel* (Cruchet), sont des troubles liés à une lésion directe ou indirecte, nous dirons nous que ce sont des *spasmes.* Car il nous paraît qu'il n'est pas nécessaire de créer des dénominations nouvelles, qui sont d'ailleurs synonymes du mot spasme, et que celui-ci suffit amplement si l'on prend soin d'en bien déterminer la signification.

D'autre part, lorsqu'on reconnaîtra, à des signes que nous étudierons plus loin, que certaines réactions motrices dépendent d'une intervention de l'écorce cérébrale, nous dirons que ce sont des *tics.* Mais ces mouvements ne pourront devenir des tics que si « le fonctionnement des éléments corticaux est irrégulier, anormal ».

L'observation clinique et l'étude de l'état mental nous fourniront « des preuves convaincantes du déséquilibre morbide, des phénomènes corticaux chez les tiqueurs ».

Nous conclurons donc avec MM. Meige et Feindel :

« En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale ne *prend pas et n'a jamais pris part,* nous disons : ce n'est pas un tic.

« Et si cette réaction motrice est la conséquence de l'irritation pathologique d'un point quelconque d'un axe réflexe bulbo-spinal, nous ajouterons : c'est un spasme.

« En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale prend ou a pris part, nous dirons : ce n'est pas un spasme.

« Et si ce phénomène moteur, où se reconnaît la participation, à un moment quelconque, de l'écorce cérébrale, présente en outre

[1] Gilbert, Cadiot et Roger. — Note sur l'origine bulbaire du tic de la face. *Revue de méd.,* 1890.

certains caractères pathologiques distinctifs, nous pourrons ajouter : c'est un tic [1]. »

D'autre part, au point de vue physiologique, on peut considérer deux espèces de réactions motrices :

1° Les réflexes spinaux simples, dont la caractéristique est d'être incoordonnés, dans la production desquels la volonté n'intervient pas et qu'elle ne peut réfréner que d'une façon exceptionnelle. C'est dans cette catégorie qu'on devra placer les *mouvements spasmodiques.*

2° *Les actes moteurs fonctionnels,* parmi lesquels les uns sont essentiels comme la respiration, la succion, se manifestent dès la naissance et sont « coordonnés en vue d'une fonction déterminée » ; les autres, se produisant plus tard, comme par exemple la mastication et la marche, sont la conséquence d'une éducation plus ou moins longue; d'autres enfin, plus tardifs encore, peu ou pas nécessaires, « sont engendrés par *des idées,* mais acquièrent bientôt, eux aussi, tous les caractères des actes fonctionnels ». Telle, par exemple, la natation.

« Les premières se manifestent sans le concours de la volonté ; elle est nécessaire au perfectionnement des seconds, indispensable à la création des derniers. Sur les uns, comme sur les autres, la volonté est capable d'exercer son action freinatrice. A l'exécution de ces actes l'écorce cérébrale a pris ou peut prendre part.

« C'est à ce second groupe de réactions motrices qu'appartiennent les *mouvements des tics* [2]. »

II

De même que nous n'avons pas considéré comme des tics, mais bien comme des spasmes, les mouvements anormaux dont l'origine organique a été démontrée par l'autopsie, nous éliminerons également du cadre nosologique des tics les manifestations cloniques, survenant à la suite des névralgies.

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Les Tics,* 1902.
[2] Id. — *Loc. cit.*

Le nom de *tic douloureux de la face* qui a été donné pendant longtemps à la névralgie du trijumeau a contribué pour une large part à mettre la confusion dans les idées. Il en est de même de l'appellation de *tic non douloureux* donné par Trousseau à divers troubles convulsifs de la face, pour les différencier du tic douloureux.

M. Gilbert Ballet, dans une récente leçon, a très judicieusement fait ressortir qu'il s'agissait dans les deux cas de spasmes et non de tics : « Ces deux affections occupent, dit-il, le siège du trijumeau ou du facial, et reconnaissent pour cause une irritation périphérique du nerf. Souvent en même temps que le tic de la face, ou plutôt le spasme facial, il existe une parésie permanente du facial plus ou moins accusée. Tout cela ne se produit pas dans la maladie des tics qui offre le caractère de l'intermittence, ne laissant dans l'intervalle des crises aucun caractère qui rappelle leur existence, et de plus disparaissent pendant le sommeil. Les spasmes, eux, peuvent persister. En outre, la maladie des tics n'est pas, comme le tic facial, douloureux ou non douloureux, une affection périphérique du nerf ; c'est une maladie mentale liée à des particularités psychiques [1]. »

III

Nous pensons qu'il convient aussi de distraire des tics certains mouvements, certains gestes fréquemment répétés, que M. Letulle, dans sa belle étude du Dictionnaire de Jaccoud, a si bien décrits.

« On peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, qu'il n'est personne qui n'ait, dans le commerce ordinaire de la vie, un geste habituel, un mouvement de prédilection. Tant que ce tic habituel, si répété qu'il soit, sert à exprimer une pensée, à compléter une idée, à accroître la force d'un argument, à cacher une préoccupation, à donner un temps de réflexion nécessaire pour certains esprits timides qui hésitent à formuler leurs réponses, il n'y a pas de tic. Le geste est voulu, il a sa raison d'être, son explication rationnelle, ou plutôt son excuse suffisante. Telle personne ne commence jamais une phrase sans passer rapidement la main sur ses lèvres, telle autre

[1] *Journal des praticiens,* 12 avril 1902.

saisit toujours son interlocuteur par un bouton du vêtement qu'il secoue sans cesse pendant tout l'entretien.

« Celui-ci ne prendra jamais la parole sans éclaircir sa voix au préalable par une expiration sonore et active qui se traduit par uu hem ! significatif, soit par un bruit sonore laryngé, guttural ou nasal d'une intensité variable. Une foule de gestes habituels trouvent leur cause dans le besoin d'une contenance, la recherche d'une attitude, le désir de cacher une timidité innée, souvent invincible. Il y a peu d'hommes qui n'emploient d'ordinaire, d'une façon presque automatique, un geste quelconque comme celui de tirailler leur moustache ou les poils de leur barbiche ou encore de caresser leur menton, de se gratter la tête, le front, l'oreille, tout d'abord au milieu de leurs réflexions, plus tard sans le moindre prétexte. Combien de personnes qui, lorsqu'elles sont préoccupées, se mordillent incessamment les lèvres, se grattent la tête, se nettoyent les ongles, se curent le nez, etc., etc.[1]. »

M. Letulle distingue tous ces mouvements, qu'il appelle *coordonnés,* des tics convulsifs et admet que, volontaires à l'origine, ils peuvent devenir par suite, sous l'influence de l'habitude, *automatiques, inconscients,* de véritables tics, et « c'est ainsi, dit-il, que par transitions insensibles, le geste habituel et voulu tourne au *tic coordonné, systématique* et entre de plain-pied dans la pathologie ».

Il n'est pas douteux, nous le verrons, que l'habitude, la répétition d'un mouvement et d'un geste puisse être la cause occasionnelle d'un tic chez un sujet prédisposé par une tare névropathique héréditaire ou acquise. Mais nous ne pouvons admettre cependant que de simples habitudes, bizarres il est vrai, mais communes à la plupart des humains, puissent être considérées comme des états pathologiques et désignés sous le nom de tics. Ces prétendus tics ne sont que des habitudes, il suffira d'un effort de volonté, d'une attention quelque peu soutenue pour s'en débarrasser.

IV

Les phénomènes mentaux du tic, méconnus jusqu'en ces dernières années, mais bien étudiés depuis, ont été, eux aussi, la cause de

[1] LETULLE. — *Dictionnaire de Jaccoud,* art. *Tic* (1883).

malentendus et d'erreurs qui sont venus encore augmenter en même temps la confusion du langage scientifique et la confusion des idées.

M. Magnan[1] et son école ont déterminé d'une façon précise le rôle des phénomènes psychiques dans la production des tics et leur manière de voir a largement contribué à donner du tic une conception conforme aux résultats de l'observation. Elle a eu aussi ses dangers.

MM. Saury[2] et Legrain[3], en particulier, ont prétendu que les tics ne sauraient constituer une véritable entité morbide ; ils ne seraient que des manifestations secondaires, symptomatiques de ce que Morel appelait la *folie héréditaire,* et de cet état que M. Magnan a désigné sous le nom de *dégénérescence mentale.*

Nous n'avons certes pas la prétention de discuter ici la doctrine si séduisante et d'ailleurs si justifiée au point de vue clinique, de M. Magnan. Mais, du moins, nous sera-t-il permis de déplorer l'abus que l'on a fait de cette conception si juste aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue mental.

« Il est donc indispensable, disent MM. Meige et Feindel, de s'entendre sur la signification et la portée de ces mots, *dégénérescence mentale,* appliqués aux tics.

« Si l'on entend par dégénérés des individus ayant une hérédité psychopathique ou névropathique plus ou moins lourde et présentant eux-mêmes des signes physiques et psychiques anormaux, alors, sans contredit, les tiqueurs sont des dégénérés.

« Si la dégénérescence se manifeste par des anomalies physiques et psychiques capables de revêtir les aspects les plus polymorphes, alors oui, les tiqueurs sont des dégénérés.

« Si un dégénéré peut, suivant l'occurrence, être un aboulique, un obsédé, un phobique, etc., le tiqueur, assurément, est dégénéré.

« Ainsi compris, le qualificatif de dégénéré est applicable au tiqueur. Bien plus, il est *nécessaire* que le tiqueur soit un dégénéré, le mot étant pris dans son sens le plus compréhensif.

[1] MAGNAN. — *Recherches sur les centres nerveux,* 1893. — *Leçons sur les maladies mentales,* 1893.

[2] SAURY. — *Étude clinique des dégénérés,* 1886.

[3] LEGRAIN. — *Du délire des dégénérés.* Thèse de Paris, 1885-86.

« Mais cela n'est pas *suffisant.* S'il est vrai qu'on ne puisse être tiqueur sans être peu ou prou dégénéré, la réciproque n'est pas exacte. *Tous les dégénérés ne sont pas tiqueurs.*

« On peut donc dire que le tic n'est qu'une des manifestations multiples de la dégénérescence mentale.

« Mais, en connaîtrons-nous mieux le tic[1] ? » ajoutent ces auteurs.

Il ne suffit pas d'affirmer que les anomalies physiques telles que les malformations des doigts, des oreilles et de la voûte palatine ou les syndromes psychiques comme le délire, l'obsession et l'impulsion sont des produits de la dégénérescence, pour connaître les diverses formes de l'ectrodactylie, ou être renseigné sur les manifestations mentales si variées de l'obsession ou de l'impulsion.

« En résumé, disent encore MM. Meige et Feindel, il est parfaitement légitime de considérer le tic comme une manifestation de la dégénérescence ; cette conception, toute judicieuse qu'elle soit, est cependant insuffisante si l'on dit seulement d'un tiqueur que c'est un dégénéré. Trop souvent, malheureusement, on s'est contenté de mot; et dans l'histoire des tics en particulier, certains ont pu supposer qu'il suffisait à tout éclaircir. »

Si M. Magnan et ses élèves ont eu, après Charcot, le très grand mérite de faire ressortir l'importance des phénomènes mentaux des tics, ils ont eu tort, à notre avis, de négliger par trop les troubles moteurs. Ils ont fini par en tenir si peu compte, qu'on est arrivé à dire qu'il pouvait exister une *maladie des tics sans tics.* M. Cruchet, en particulier, a décrit un *tic psycho-mental*, un *tic purement mental* « qui ne se traduit extérieurement par aucun signe ». Il a même consacré un long chapitre au tic *psycho-mental.* Nous ne comprenons pas, pour notre part, qu'un tic puisse exister sans phénomènes moteurs ; de même que ceux-ci ne nous ont pas semblé suffisants à eux seuls pour caractériser le tic. Aussi, tout en accordant une très grande importance à l'état mental, nous ne pouvons accorder le nom de tic à une maladie purement mentale dans laquelle les signes objectifs, les mouvements n'existeraient pas.

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Les Tics,* 1902.

V

Les troubles moteurs auxquels on a donné le nom de tics sont tellement variés qu'une classification en est, sinon impossible, du moins difficile et forcément diffuse. De plus, ils ressemblent tellement par certains côtés à toute une série d'affections motrices que, lorsqu'un nouveau cas se présente, on est tenté d'en faire une description spéciale, autonome. C'est ce qui explique pourquoi toutes ces tentatives de définition du tic ont provoqué des critiques justifiées. Une définition doit être brève, précise, claire; or le syndrome tic, avec ses doubles manifestations somatiques et psychiques, se prête mal à cette délimitation toujours un peu arbitraire. C'est pour cette raison qu'essayant de tourner la difficulté, certains auteurs ont cherché à englober sous une même étiquette des affections qu'on est étonné de retrouver sous le même nom générique malgré leur similitude.

Ainsi, M. le professeur Raymond s'inspirant d'une part des idées de M. Magnan sur la dégénérescence, et d'autre part ayant très judicieusement observé que certaines formes de manifestations musculaires convulsives ne pouvaient être légitimement étiquetées d'un nom pathologique consacré, a eu l'idée de comprendre sous le nom de myoclonies les chorées fibrillaires, le paramyoclonus multiplex, la chorée électrique de Hénoch-Bergeron, la maladie de Gilles de La Tourette et tous les tics en général.

« Mais ici encore, disent MM. Meige et Feindel, il faut se garer des dangers d'une étiquette trop compréhensible. On a tendance à se contenter d'un mot pour établir un diagnostic. Celui de *myoclonie* offre dans la pratique les mêmes inconvénients que celui de *dégénérés*. Applicable à un très grand nombre de cas, il est d'une utilisation commode. *Mais il dit trop et ne dit pas assez. S'il est assurément nécessaire, il ne saurait être suffisant.*

« Si la clinique nous montre qu'il existe entre ces diverses modalités de la convulsion musculaire clonique tous les intermédiaires, la même clinique doit nous apprendre à différencier les caractères et l'évolution de chacun de ces accidents.

« La conception générale des myoclonies n'a pas réussi à favo-

riser cette œuvre de différenciation. Le mot tic n'a pu qu'y perdre encore, au point qu'on se demande si jamais il sera reconnaissable le jour où l'on tentera de l'extraire d'un tel chaos. »

VI

MM. Meige et Feindel ont encore mis très justement en lumière une autre raison de confusion et d'équivoque.

Le tic est caractérisé par une contraction musculaire. Celle-ci est brusque, rapide, instantanée, d'où l'épithète de *convulsif* ajoutée souvent au mot tic. Or, il existe deux sortes de convulsions : les unes *cloniques*, les autres *toniques*. Si l'on admet, par suite, qu'il existe des *tics cloniques* et des *tics toniques*, et ces deux formes existent en clinique, il n'y a pas d'inconvénient à conserver au tic l'épithète de convulsif. Mais si, comme la plupart des observateurs, on n'a en vue que les seuls mouvements cloniques, il paraît inutile d'ajouter ce qualificatif.

« S'il ne s'agit, disent MM. Meige et Feindel, que d'une question de terminologie et si l'on veut convenir universellement de réserver le nom de tics aux seuls cas où les phénomènes convulsifs revêtent la forme clonique, nous serons des premiers à rejeter la dénomination de tic tonique. Mais alors il faudra attribuer un nom à la forme tonique des troubles moteurs que nous avons en vue. Ce sont, en effet, des faits d'observation ayant une valeur symptomatique non douteuse, qui diffèrent des tics cloniques par leurs caractères objectifs mais qui reconnaissent mêmes causes, même pathogénie, même traitement. »

Nous partageons complètement cette opinion et nous estimons que le mot tic « gagnera en concision sans rien perdre de sa précision », si on retranche l'épithète de convulsif, et si on parle du *tic tout court* lorsqu'il n'y aura pas intérêt à indiquer la forme de la contraction. Au contraire, lorsque dans le tic la contraction sera plus continue et plus durable, nous dirons *tic tonique*.

VII

Ce ne sont pas là les seules causes de la lenteur avec laquelle a progressé la nosographie des tics. Ces causes, quoique secondaires et pour ainsi dire locales, ont cependant leur importance.

« Il nous paraît facile, dit M. J. Noir[1], d'expliquer pourquoi M. Magnan et ses élèves n'admettent pas la maladie de Gilles de La Tourette. Tandis que ce dernier observait à la Salpêtrière, dans la clinique de M. le professeur Charcot, des malades à esprit le plus souvent sain et venant demander conseil pour une maladie nerveuse, les premiers étudiaient des aliénés conduits à l'asile clinique et n'assistaient qu'à la dernière phase de la maladie des tics convulsifs. »

Il est une autre raison de même ordre, mais cependant un peu différente, qui explique l'interprétation, en apparence dissemblable, qu'ont donnée des tics les neurologistes et les psychiatres. Tandis que les premiers ne s'occupaient que de phénomènes somatiques et anatomo-cliniques, les seconds s'attachaient surtout à étudier les manifestations psychiques et l'état mental. De telle sorte, comme l'a dit excellemment M Meige, que si les neurologistes ont pu reprocher aux aliénistes de ne pas penser *anatomiquement*, ceux-ci peuvent à leur tour leur dire qu'ils ne savent pas assez penser *psychologiquement*. Et M. Meige d'ajouter que « pour étudier les tics avec fruit il est indispensable, en outre, de penser *physiologiquement* ».

Puisque tout mouvement anormal doit, pour mériter le nom de tic, être constitué de deux éléments : l'un moteur, l'autre mental, il est indispensable que l'observation « porte impartialement et complètement aussi bien sur le domaine physique que sur le domaine mental ».

« Cet examen, ajoutent MM. Meige et Feindel, doit être complet, patient, minutieux. En ce qui regarde l'état mental, on sait combien sont difficiles à recueillir les observations. Dans l'étude

[1] J. Noir. — *Loc. cit.*

des troubles moteurs, la même attention persévérante est nécessaire. Ce qui est souvent trompeur, c'est un examen du malade réduit à une seule entrevue. Il est indispensable de le revoir fréquemment et longuement, de l'interroger inlassablement, de recueillir des renseignements de l'entourage, et au cours de ces conversations réitérées, de ne pas quitter le sujet de l'œil un seul instant. Ainsi, tout en pénétrant son état mental, on fera l'analyse de ses accidents moteurs. Négliger l'une ou l'autre de ces enquêtes, c'est n'envisager qu'un seul côté de la question. C'est s'exposer à faire un diagnostic fragile, c'est, enfin, compromettre la guérison possible dans bien des cas. »

Nous venons de voir quels sont les troubles moteurs, qu'à tort, selon nous, on avait qualifiés tics. Nous avons essayé de montrer les dangers « d'une schématisation intransigeante », de même que les inconvénients « des généralisations excessives ».

« Les vocables trop généraux et insuffisamment définis, disent MM. Meige et Feindel, exposent aux méprises. Ils ont quelquefois le défaut de donner l'illusion de la connaissance de la vérité. »

Il nous reste, avant de décrire les différentes localisations des tics et leur symptomatologie régionale, à exposer leurs caractères communs. Ce sont ces caractères qui leur donnent leur physionomie spéciale et qui permettent de les différencier de tous les autres troubles moteurs présentant avec eux des ressemblances plus apparentes que réelles.

CHAPITRE III

Caractères généraux des tics

I

Nous avons dit combien les auteurs, qui ont étudié les tics, avaient éprouvé de difficultés à en donner une définition exacte et complète. La raison en est, avons-nous ajouté, que la complexité des manifestations qui constituent le tic se prête mal aux conditions essentielles, nécessaires, d'une définition.

Examinons cependant celles qui existent et essayons de déterminer en quoi elles sont défectueuses ; ce qu'il y a en trop dans l'une et pas assez dans l'autre. Cet examen nous conduira tout naturellement à établir les caractères si variés du syndrome qui nous occupe.

Littré a défini le tic : « Un mouvement local et habituel, une contraction de certains muscles, et en particulier de quelques-uns de ceux du visage. » Inutile d'insister longuement pour faire voir combien cette définition est incomplète et peut s'appliquer à tous les mouvements spasmodiques de n'importe quelle nature.

« Le tic non douloureux, dit Trousseau, consiste en des contractions instantanées, rapides, involontaires, généralement limitées à un petit nombre de muscles, habituellement aux muscles de la face, mais pouvant en affecter d'autres, ceux du cou, du tronc ou des membres. »

M. Letulle dit que le tic est « un mouvement essentiellement caractérisé par une contraction musculaire, circonscrite, fréquente ou même habituelle, involontaire et très fréquemment inconsciente ».

Pour M. G. Guinno, « le tic est un mouvement convulsif, habituel et conscient, résultant de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps, et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire ».

« Le tic est la reproduction fréquente, même habituelle, mais intempestive, d'un geste ou d'un réflexe, pouvant être arrêtée ou modifiée par l'intervention de la volonté. » (J. Noir.)

Enfin, M. Cruchet donne, lui, deux définitions au lieu d'une. Dans la première il s'occupe de ce qu'il appelle le *tic convulsif matériel :* c'est un mouvement ou un groupe de mouvements rythmiques inconscients, non modifiés par le sommeil ou la volonté, reproduisant cloniquement un acte physiologique déterminé. La seconde s'applique au *tic psycho-mental,* qui est un « mouvement ou un groupe de mouvements arythmiques, conscients, modifiés par le sommeil et la volonté, reproduisant cloniquement un acte physiologique déterminé ».

II

Si nous comparons ces différentes définitions et si nous négligeons la première des définitions de M. Cruchet, qui s'applique au spasme, nous voyons tout d'abord que, pour la majorité de ces auteurs, le tic est un mouvement *involontaire* que néanmoins la *volonté* peut modifier.

Considérons donc les rapports du tic avec la volonté.

Il paraît contradictoire qu'un acte prétendu involontaire puisse cependant être modifié dans ses manifestations, voire même suspendu pendant un certain temps, par un effort de la volonté. Et cependant la clinique nous apprend, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que la volonté peut arrêter, transformer ou faire avorter le tic.

Cette même clinique nous enseigne d'autre part que le tic a eu souvent pour cause la répétition d'un mouvement volontaire à l'origine. Ne pourrait-on comparer ce qui se passe chez le tiqueur à ce que l'on voit se produire chez l'enfant à propos de la marche : « mouvement volontaire au début, peu à peu elle devient automatique ; même chez l'adulte, parfois la marche est voulue, parfois, plus souvent d'ailleurs, elle est automatique. De presque tous nos gestes coutumiers on pourrait en dire autant. » (Meige et Feindel).

Donc le tic à sa période d'état peut bien être un mouvement involontaire, automatique, malgré qu'il ait débuté par des mouvements primitivement volontaires.

D'autre part, le fait que la volonté a une action inhibitrice sur les mouvements est d'une importance capitale, car il est un signe diagnostique de premier ordre entre le tic et le spasme :

« Rien ne peut empêcher le spasme acte réflexe. Peut-on arrêter le bol alimentaire à son entrée dans le pharynx ? Non, ou du moins c'est au prix de tels efforts qu'on bouleverse tout le fonctionnement de la déglutition. Dans le tic, au contraire, acte cérébral cortical, la volonté intervient ou peut intervenir.... L'inhibition est donc possible, et c'est parce que le phénomène est cortical. Or, il n'y a guère de tiqueurs qui ne puissent, par instants, s'empêcher de tiquer, pourvu que leur volonté soit momentanément assez puissante. Ici l'état mental a toujours une large participation » (Brissaud[1].)

Nous verrons, en étudiant l'état mental du tiqueur, que c'est précisément ce pouvoir inhibiteur de la volonté qui est diminué chez eux. Ils pourraient réprimer leurs mouvements intempestifs s'ils étaient capables de vouloir. Or ce sont très souvent, sinon toujours, des abouliques.

III

Un autre caractère, que tous les observateurs sont d'accord pour accorder au tic, c'est d'être *habituel*. Le rôle de l'habitude dans la production du tic est indiscutable.

[1] Brissaud. — *Loc. cit.*

Nous avons vu que M. Letulle a même un peu exagéré ce rôle dans les tics qu'il appelle coordonnés. Nous avons dit que tous les mouvements habituels, souvent ridicules, que nous constatons à chaque instant chez quantité de gens, ne sauraient être toujours des tics.

Ils sont bien automatiques, involontaires, ils peuvent avoir, au point de vue objectif, quelques-uns des caractères du tic, ils ont même souvent la même origine et cependant ce ne sont pas des tics.

« ... Que de gestes habituels, dit M. Letulle, dont la raison d'être existait au début ! Cet enfant qui se tette le pouce sans le moindre repos, cet homme qui se cure à tout moment les dents, ou encore qui se frotte continuellement les yeux, les lèvres, le menton ou l'oreille, cet autre qui se gratte la tête ou la barbe un nombre considérable de fois par minute, tous ces malades ont été presque toujours, au début, sollicités à répéter ce geste par un besoin réel (éruption des dents, carie dentaire, blépharite ciliaire, eczéma de la face, pytiriasis capitis, etc.). Mais chez un grand nombre, la cause occasionnelle du geste habituel a eu beau disparaître, le mouvement est resté ; tel cet individu qui avait pris l'habitude de se lisser perpétuellement les cheveux et qui, devenu complètement chauve, n'en continuait pas moins son geste favori [1]. »

Ces gestes habituels, automatiques, sont-ils des tics ? Ils ont commencé par être des spasmes réflexes, ils ont pu être des tics lorsque la cause qui les a engendrés a disparu, à la condition que la volonté a été impuissante à les arrêter, que leur répression s'est accompagnée d'angoisse, que leur accomplissement a été suivi de soulagement et de bien-être. Si, au contraire, ces caractères psychiques : effort de volonté douloureux, quelquefois non couronné de succès, mais pouvant l'être, satisfaction de l'acte accompli, ne se sont pas manifestés, ce ne sont que de simples habitudes bizarres, illogiques, mais elles ne méritent pas le nom de tics.

MM. Meige et Feindel ont d'ailleurs bien mis en lumière d'autres caractères distinctifs entre les tics et les gestes d'habitude :

« Un effort de l'attention atténue généralement, supprime même

[1] Letulle. — *Loc. cit.*

parfois un tic, tandis qu'inversement une simple mauvaise habitude motrice se manifeste de préférence quand l'attention est concentrée sur ce point.

« Une lecture nous passionne, une affaire nous préoccupe, dans l'ardeur d'un travail physique ou intellectuel, qui n'a pas sa grimace coutumière ou son geste favori ?

« Ces gestes sont innombrables pendant la lecture, pendant la récitation, le discours; pendant tout exercice physique ou mental qui concentre l'attention. Mais qu'on se surveille, que l'on s'observe, qu'on dérive un peu de l'attention concentrée sur un point pour enrayer ces gestes de distraction, aussitôt ils disparaissent, quitte à reparaître d'ailleurs quand l'esprit sera de nouveau comme on dit : absorbé.

« Charcot, en travaillant, tortillait ses cheveux autour de son index au point qu'un jour il fallut couper une mèche pour dégager le doigt. *Geste habituel, mais non pas tic.*

« Chez le tiqueur, au contraire, les actes moteurs intempestifs apparaissent surtout lorsque l'esprit, le corps sont inoccupés. Ils cessent ou s'atténuent, en général, lorsque l'occupation captive leur attention. Et il ne s'agit pas seulement de l'*attention* à ne pas tiquer, mais de toute *espèce d'effort attentif,* de tout ce qui est capable de concentrer quelque part l'attention.

« Trousseau cite le cas d'une jeune fille souffrant au plus haut degré de mouvements involontaires, qui jouait parfaitement bien du piano, sans que ses tics la troublassent le moins du monde pendant toute l'exécution d'un morceau.

« Nous avons nous-même, dit M. G. Guinon, observé des malades très gravement atteints, dont l'un jonglait, sans broncher, avec un couteau et dont l'autre dansait sur une des grandes scènes de ballet de Paris, sans que le moindre mouvement, la plus légère contraction musculaire involontaire, lui fissent faire une grimace ou un faux pas.

« Une jeune fille, L., passionnée pour la danse, ne tique jamais en dansant. M. O., grand amateur de billard, ne tique pas en jouant ; il ne tique pas davantage quand il pêche à la ligne, lorsqu'il fait à l'escrime un assaut entraînant, et cela sans effort, sans malaise aucun.

« Mais quand l'une ne danse pas, quand l'autre ne joue ni ne

pêche, ils n'arrivent qu'à grand'peine à maîtriser leurs mouvements; ce sont de vrais tiqueurs.

« Un jeune homme, au contraire, ne peut frapper une balle de tennis sans tirer la langue; son partenaire mord ses lèvres à chaque coup difficile ; cependant, au repos, ni l'un ni l'autre ne font la moindre grimace, ni n'éprouvent de contrainte à garder l'immobilité. Leurs grimaces, toujours les mêmes et maintes fois réitérées, ne sont pourtant pas des tics. Elles peuvent d'ailleurs être maîtrisées par un effort volontaire qui n'a rien de pénible.

« Ainsi, dans le premier cas, il s'agit d'un geste intempestif dont la répression s'accompagne d'une véritable souffrance et qui disparaît au moment d'un effort d'attention. C'est un tic.

« Dans le second cas, le mouvement inutile se produit à l'occasion d'un vif effort attentif; il peut être réprimé sans peine. Ce n'est qu'un geste de distraction superflu. »

Le tic est donc une *habitude morbide* (Brissaud), une *maladie de l'habitude*. Mais pour que cette habitude, cette *répétition habituelle de l'acte moteur* devienne un acte automatique comme le tic et soit un tic, il faut que cette *répétition se fasse à la fois hors de propos et avec excès,* il faut encore que « l'acte soit non seulement déplacé, mais aussi qu'il soit exagéré dans l'espace et dans le temps » (Meige et Feindel).

Il est, de plus, nécessaire que cette habitude ne puisse être réfrénée par un effort non douloureux de la volonté, en raison de l'état de déséquilibre psychique propre au tiqueur.

« Ce qui appartient en propre aux tiqueurs, c'est le fait de l'établissement d'un arc diastaltique réflexe sensitivo-moteur entre les excitations périphériques, quelles qu'elles soient, et leur département musculaire correspondant par l'intermédiaire des centres corticaux ; c'est la création, grâce à une prédisposition particulière, *d'une habitude* qui, par sa persistance, prend bientôt un *caractère pathologique.* » (Ernest Dupré[1].)

[1] Ernest Dupré. — *Société de neurologie.* Séance du 18 avril 1901.

IV

Quelques auteurs, et plus spécialement M. G. Guinon, ont dit que le tic est *conscient.* Il en donne pour preuve la lucidité absolue des malades qui décrivent leur état, s'en rendent compte et font souvent de leur infirmité des observations très judicieuses.

M. Letulle prétend, au contraire, que dans son *tic coordonné* en particulier, la conscience est conservée au début, mais que les mouvements deviennent inconscients au bout d'un certain temps.

Pour M. Cruchet, on ne peut pas savoir si un malade atteint de tic convulsif est ou non conscient de son mouvement anormal. « Cependant, dit-il, certains tics, dits *psychiques,* n'ont jamais été conscients », et il cite à l'appui de son dire « ceux qu'on observe chez les idiots ou bien beaucoup de ces tics, par imitation, notés surtout chez les enfants ».

Et cependant Blocq et Onanoff ont proposé, se basant sur ce caractère de conscience ou d'inconscience, de diviser les tics en *conscients* (les plus fréquents) et en inconscients.

Cette apparente contradiction nous semble résulter d'un malentendu.

En ce qui concerne d'abord le tic coordonné de M. Letulle et le tic convulsif de M. Guinon, nous pensons, avec MM. Meige et Feindel, qu'ils ont tous les deux raison malgré leurs conclusions opposées.

« Le tiqueur convulsif de M. G. Guinon est conscient en ce sens qu'il sait bien que son tic existe. Dira-t-on cependant que son geste est conscient alors qu'il l'exécute pendant que son esprit est occupé de toute autre chose ?

« Le tiqueur coordonné de M. Letulle, se mordille les lèvres « inconsciemment », mais pour peu qu'il y songe, il est parfaitement conscient de sa mauvaise habitude. Tout aussi bien le *convulsif* que le *coordonné* est capable de décrire, avec un parfait discernement, le geste qu'il vient d'exécuter.

« Ces divergences d'appréciation dépendent donc de l'instant où l'on considère le sujet. *Avant* comme *après* son geste intempestif, le tiqueur est en mesure d'apprécier correctement son état, mais

non *pendant*. Le fait est tout à fait comparable à celui qui se produit dans l'obsession, dont nous montrerons bientôt l'étroite parenté avec le tic. *En sorte qu'on peut dire de toute espèce de tic qu'il est alternativement conscient et inconscient.* »

Quant aux tics psychiques de M. Cruchet, dont il proclame l'inconscience en se basant sur l'observation des tiqueurs idiots ou infantiles, nous lui répondrons que c'est précisément parce que la conscience est abolie ou diminuée chez les idiots et les enfants que ceux-ci paraissent inconscients de leurs tics

Et, de plus, « la conscience des adultes, des adultes d'esprit normal, est déjà fort malaisée à définir, mais la conscience des enfants, la conscience des idiots, la conscience des déséquilibrés...... quel problème ! » (Meige et Feindel.)

Nous savons bien que les psychologues, et plus spécialement M. Pierre Janet, embarrassés par ces états successifs et alternants de conscience et d'inconscience, ont fait intervenir un état intermédiaire, la *subconscience*. Mais nous préférons, avec MM. Meige et Feindel, ne pas pénétrer dans ce « domaine périlleux du subconscient » et n'y point faire appel. Nous nous contenterons de dire que dans certains cas la conscience participe à l'acte moteur ou tout au moins à son début et que peu à peu, celui-ci se répétant, celle-là *peut* disparaître d'une façon plus ou moins complète.

« Aller plus loin serait, pour le moment, s'aventurer dans un domaine peu sûr. Les tics risqueraient d'y sombrer. Tout ce qu'on peut dire c'est que dans les tics la *conscience intervient ou disparaît à des degrés et à des moments divers.* » (Meige, Feindel.)

V

Le tic, a-t-on dit encore, est un acte *coordonné*.

Nous avons vu que M. Letulle avait cherché, en se basant sur ce seul caractère, à établir une distinction entre le tic *convulsif* et le tic qu'il qualifie de *coordonné*. Le premier est constitué, d'après cet auteur, par une série de convulsions partielles, locales, irrégulières, anormales, *c'est une secousse musculaire qui s'éteint sans effet après s'être produit sans raison*. Le tic coordonné, au contraire, est la reproduction « d'un geste habituel, d'un mouvement de prédi-

lection » qui, voulu tout d'abord, devient, à force d'être répété, automatique, inconscient, systématique et constitue alors un état pathologique. Ils différeraient, de plus, l'un de l'autre en ce que le tic convulsif est plus bref, plus saccadé, tandis que le tic coordonné est d'une étendue plus grande et d'une durée plus considérable. Mais tous deux sont *systématiques, adaptés à un but,* et il ne nous paraît pas qu'il y ait lieu de les distinguer en se basant sur la coordination, puisque celle-ci existe dans l'un comme dans l'autre.

Et c'est précisément dans cette coordination que nous trouvons un des caractères distinctifs entre les tics et les spasmes.

« Les spasmes cloniques, à l'inverse des tics, sont des mouvements involontaires où il est impossible de reconnaître la moindre *systématisation* fonctionnelle. On n'y voit participer que des muscles ou des groupes de muscles dont la synergie active ne tend pas vers un but connu. » (Brissaud[1].)

M. Gilles de La Tourette avait intitulé son travail sur la maladie qui depuis porte son nom : « Une affection nerveuse caractérisée par de l'*incoordination motrice,* etc... » Charcot d'abord, puis M. G. Guinon se sont appliqués à démontrer que, loin d'être incoordonnés, les mouvements de la maladie des tics étaient, au contraire, systématisés, c'est-à-dire qu'ils reproduisaient d'une façon involontaire et illogique des gestes habituels de la vie normale.

« La véritable incoordination motrice, dit M. G. Guinon, c'est celle du tabétique qui lance ses jambes de droite et de gauche, qui ne peut arriver à prendre une cuillère sur une table par exemple, parce que ses doigts s'agitent dans le vide à côté de l'objet à saisir. Il n'existe rien de tel chez les malades affectés de tics. Bien au contraire, et ce fait a dans l'espèce une très grande importance, ils conservent toujours dans leurs mouvements volontaires une parfaite assurance. Tel, dont les bras gesticulent en dehors des mouvements volontaires, ne porte jamais en mangeant sa fourchette à sa joue ou à son oreille et ne renverse pas une goutte d'eau en buvant un verre plein. Tel autre qui s'arrête en marchant pour fléchir les genoux ou pour étendre violemment le membre inférieur en frappant du pied par terre n'embarrasse pas ses jambes l'une dans l'autre et ne bronche jamais[2]. »

[1] Brissaud. — *Loc. cit.*
[2] G. Guinon. — *Loc. cit.*

VI

Les tics sont donc volontaires, habituels, alternativement conscients et inconscients, ils sont coordonnés, systématiques, mais ils ne sont pas que cela. Ils présentent d'autres caractères sur lesquels on n'avait pas jusqu'à ce jour attiré l'attention et qui cependant sont appelés, à notre avis, à fournir des notions plus compréhensives et plus exactes de ce syndrome. C'est un des grands mérites du travail de MM. Meige et Feindel, d'avoir exposé, avec une netteté et une précision remarquables, les rapports qui existaient entre les tics et les actes fonctionnels et d'avoir déterminé les divers modes sous lesquels se présentait au clinicien la réaction motrice du tic.

« Les tics, disent ces auteurs, peuvent être considérés comme des *perturbations motrices d'actes fonctionnels.* »

Après avoir fait voir que la fonction est aussi variable que les phénomènes biologiques dont elle dépend, ils nous montrent que celle-ci est troublée, faussée dans les tics. Ce chapitre mériterait d'être cité tout entier tant il éclaire la pathogénie des tics.

Les fonctions de la vie végétative comme la circulation, la digestion, etc., ne sont pas sous la dépendance de la volonté et par suite les troubles qui peuvent survenir dans les actes fonctionnels ne deviendront jamais des tics.

La respiration, au contraire, fonction essentielle, vitale, peut être influencée par la volonté. Aussi y a-t-il des tics respiratoires, « anomalies de la fonction de respiration ».

Le tic de clignotement est aussi une perturbation de la fonction de *nictitation.*

« Mais dans la pratique et surtout lorsqu'on aura à envisager les troubles que la maladie peut apporter aux actes fonctionnels, il sera indispensable de distinguer ceux qui tendent à perturber une fonction indispensable à la vie de ceux qui peuvent nuire à une fonction simplement *utile* à l'existence.

« On conçoit aisément qu'un trouble fonctionnel de la respiration comportera une tout autre gravité pronostique qu'un trouble de la marche et surtout qu'un trouble de la fonction de l'écriture. Un sujet qui respire mal est exposé à des dangers que n'a pas à redouter celui qui écrit mal ou qui même ne peut pas écrire du tout.

« Aussi a-t-on distingué des *troubles fonctionnels* et des *troubles professionnels,* la profession étant une fonction de l'individu vivant en société : fonction sociale. »

Ce sont ces anomalies de fonctions plus tardivement acquises qu'on a voulu, avec certaine apparence de raison, rapprocher des tics. Ainsi la *crampe des écrivains,* des *pianistes,* des *télégraphistes* des *danseurs,* etc., peuvent coexister avec d'autres tics. Mais ces troubles « des actes d'occupation » méritent-ils le nom de tics? Nous ne le pensons pas. En effet, ces affections aux appellations variées *(crampes, spasmes, névroses, impotence professionnelle)* quoique présentant des airs de parenté indiscutable avec les tics, se distinguent très nettement de ceux-ci en ce « *qu'elles se produisent uniquement à l'occasion de l'acte fonctionnel dont elles sont l'anomalie :* par exemple la crampe des écrivains pendant l'écriture, celle des danseurs pendant la danse ».

En admettant que ce puisse être des tics, ils sont d'une espèce différente : le *geste d'occupation* seul les révélera : « Un télégraphiste qui n'aurait plus l'occasion de télégraphier ne serait nullement gêné par sa crampe professionnelle; la fonction cessant, son trouble disparaît[1].

« Les fonctions motrices, pour ne parler que de celles-là, ont pour caractère de se manifester par la répétition d'actes moteurs qui se succèdent avec un certain rythme variable suivant les individus, mais qui chez chaque individu s'établit conformément à la loi graduelle du moindre effort. Ce rythme une fois établi peut être modifié par des causes diverses, par des sensations, par des phénomènes psychiques en particulier, par l'action de la volonté..

« Mais il peut advenir qu'une perturbation fonctionnelle persiste alors même que la cause qui l'avait provoquée a disparu. Ce trouble de la fonction est-il un tic? Oui, le plus souvent.

« Prenons un exemple :

« Une escarbille entre dans l'œil ; la paupière cligne aussitôt. Ce mouvement est un réflexe simple, *un spasme,* non pas un tic. L'escarbille disparaît ; normalement le clignotement cesse. Mais voici que chez certains sujets, ce clignotement persiste *sans cause et sans*

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Loc. cit.*

but : l'irritation n'existe plus, le réflexe n'a plus de raison de se produire. Qu'est-ce donc que *ce trouble de la fonction de la nictitation ?* C'est **un tic**[1]. »

Il n'est pas possible d'exposer plus clairement, plus lumineusement, ce qui n'est pas un tic, ce qui l'est et de montrer qu'il s'agit bien d'une perturbation d'un acte fonctionnel. Donc un tic peut être *une anomalie d'une fonction normale.*

Il peut être aussi la reproduction d'une *fonction nouvelle* créée par le malade.

« Un homme remarque un jour qu'un mouvement de son bras détermine un craquement dans l'articulation de l'épaule. Ce bruit le frappe, le préoccupe ; il essaye de le reproduire et, pour ce faire, remue son bras de certaine façon. Pendant un temps il répète ce geste, volontairement d'abord ; bientôt il en prend l'habitude. Alors le geste se reproduit automatiquement et ne cesse de se répéter : *c'est un tic.* Et ce tic n'est-il pas un acte fonctionnel adapté à un but, la recherche du craquement ? »

Ici le point de départ a été une idée absurde : le malade a cru à une lésion articulaire. La préoccupation constante s'est changée en idée fixe. Elle est devenue une phobie, une obsession. L'acte fonctionnel qui en est la conséquence est sans but et, de plus, il peut être nuisible. C'est à cette fonction anormale, d'origine psychique, que M. Meige donne le nom de *fonction parasite.*

Et ici encore nous constatons l'influence d'un état mental spécial, d'un déséquilibre psychique qui, non seulement ne permet pas au tiqueur de faire intervenir sa volonté pour réprimer un mouvement intempestif, mais encore qui l'oblige à créer une fonction nouvelle, qu'en vertu de son impuissance volontaire il ne pourra pas mieux réfréner que le mouvement né d'une fonction normale.

On retrouve enfin dans cette perturbation fonctionnelle tous les caractères de la fonction : la *répétition de l'acte,* le *besoin prémonitoire* et la *satisfaction* consécutive à l'accomplissement de cet acte.

Comme dans l'obsession et dans l'impulsion, le *besoin* prend même quelquefois un caractère impérieux, angoissant, et c'est là

[1] MEIGE. — Congrès de Toulouse, 1902. *Gaz. hebd.,* n° 35, 1er mai 1902.

encore un des points de ressemblance du tic avec ces syndromes psychiques et sur lequel nous reviendrons.

En résumé, nous pouvons dire, avec MM. Meige et Feindel, que *les tics sont toujours des sortes de perturbations fonctionnelles,* mais dans le tic « les caractères de la fonction sont viciés : le rythme moteur n'obéit plus à la loi du moindre effort, le besoin devient excessif, l'acte se produit inopportunément ».

VII

Si on étudie les caractères généraux de la réaction motrice dans les tics au point de vue sémiologique, on constate combien il est difficile de donner du trouble moteur une description applicable à tous les cas. Les contractions musculaires étant elles-mêmes essentiellement variables, on comprend sans peine que les anomalies, les troubles de la fonction musculaire le seront tout autant. Chaque tiqueur a sa manière, sa façon de tiquer, et il est rare d'en trouver deux qui se ressemblent absolument, identiquement.

Nous avons vu qu'en physiologie on distingue deux espèces de convulsions : la convulsion *clonique* et la convulsion *tonique,* et nous avons dit que puisqu'il en était ainsi il n'y avait pas de raison, théoriquement, pour qu'il n'existât pas aussi deux formes de tics : le *tic clonique* et le *tic tonique.*

Voyons si la clinique réalise ces deux types et si l'observation nous démontre leur existence : analysons leurs caractères communs et différentiels.

Tout le monde est d'accord en ce qui concerne les *tics cloniques :* ils consistent en des contractions brèves, rapides, brusques, séparées par des temps plus ou moins longs de repos et de relâchement. Ce sont les plus fréquents, les plus connus parce qu'ils sautent aux yeux.

La rapidité des secousses musculaires est très variable dans le tic clonique. En général, celles-ci sont moins instantanées, elles ne sont pas *électriques* comme dans le spasme, simple réflexe. Cependant, quand il s'agit de la face, nous verrons que la différenciation, en ce qui concerne le caractère de la contraction, est parfois très difficile.

On a remarqué que la rapidité de la secousse musculaire est en rapport avec l'âge du tic. Plus celui-ci est récent, plus elle est rapide, et inversement. Ce n'est pas là, bien entendu, une règle absolue, tant s'en faut. Il est des cas cependant où celle-ci, au contraire, s'exécute avec une lenteur telle qu'elle peut donner lieu à des difficultés de diagnostic, et le tic, dans ce cas, peut être confondu avec d'autres affections névropathiques.

Tel est le cas de M. G. Guinon ; il s'agissait d'un tic de la bouche « qui, dit-il, s'ouvre assez lentement tout d'abord, et une fois atteinte la limite de l'écartement des maxillaires, elle se referme aussitôt sans rester le moins du monde dans cette situation d'écartement maximum des mâchoires qu'elle devrait garder un moment, si court fût-il, s'il y avait réellement contraction tonique des muscles sous-thyroïdiens[1] ».

MM. Meige et Feindel ont connu une jeune fille, non hystérique, sans antécédents héréditaires, atteinte depuis l'âge de douze ans de tics de la face et de la tête, dont les caractères participaient à la fois du tic clonique, de la chorée et de l'athétose. Ils étaient surtout caractérisés par la lenteur des contractions musculaires qui semblaient bien en rapport avec l'état mental de la malade.

C'est à partir du jour où le torticolis mental, dont M. Brissaud et ses élèves ont donné une description devenue classique, a été très justement considéré comme un tic, que la division des tics en *cloniques* et *toniques* s'est imposée.

Le torticolis mental est, en effet, le type du tic tonique. Les malades tournent la tête vers une des épaules et, sans revenir à la rectitude et au repos, conservent cette attitude pendant un certain temps. Il est vrai de dire cependant que, dans certains cas, les contractions du sterno-mastoïdien et du trapèze sont alternativement cloniques et toniques, et que certains jours on peut constater chez le même malade un tic clonique et le jour suivant la contraction permanente des muscles du cou.

MM. Meige et Feindel ont été les premiers à décrire les tics toniques : ils ont très nettement indiqué leurs caractères qui sont les mêmes que ceux des tics cloniques : même origine mentale, mêmes

[1] G. GUINON. — *Loc. cit.*

symptômes psychiques; seule la forme de la réaction motrice est différente, et c'est pour la mieux caractériser encore qu'ils ont dit qu'elle était une attitude, ce qui est parfaitement exact. D'où le nom de *tics d'attitude* par lequel ils désignent encore les tics toniques.

Le torticolis mental n'est pas le seul tic tonique :

MM. Raymond et Janet[1] ont désigné sous le nom de *trismus mental* la contraction tonique des masséters.

« Le *clignement permanent* des yeux peut remplacer le *clignotement intermittent.* »

Et cependant ces deux tics peuvent, l'un aussi bien que l'autre, disparaître sous l'influence de la volonté.

M. O..., ce tiqueur modèle de MM. Meige et Feindel, qui leur a fourni une auto-observation tellement complète de ses tics et de son état mental qu'elle sert de base clinique à leur travail, a présenté, à différentes époques de sa vie, une série de tics toniques, de tics d'attitude, d'autant plus remarquables qu'il les décrit lui-même avec une justesse d'appréciation, une précision digne d'un clinicien expérimenté.

Ces mêmes auteurs citent encore l'observation d'un jeune tiqueur, J..., si curieux aussi à tous égards, qui, pour maîtriser un tic de l'épaule, collait contre son corps l'avant-bras demi-fléchi, l'appuyant fortement sur l'épigastre, dans une attitude qui rappelle celle des hémiplégiques.

« Or, cette impotence est purement apparente, il suffit d'un ordre pour que le membre immobilisé de la sorte exécute librement tous les gestes qu'on lui commande. »

Un malade, M. C..,, que nous avons observé avec M. Régis, pour empêcher aussi son tic de l'épaule, collait son bras gauche contracté le long de son corps, et marchait ainsi dans la rue la main dans la poche, très satisfait de ne plus tiquer.

Ce sont bien là des tics toniques, des tics d'attitude, on pourrait dire encore des *gestes de défense* comme en ont les obsédés.

Ces gestes correcteurs, d'abord volontaires, deviennent bientôt habituels, automatiques, et les malades ont ainsi remplacé un tic

[1] RAYMOND et JANET. — *Névrose et idées fixes*, tome II.

clonique par un tic tonique. « Inspirés par un tic, ils deviennent eux-mêmes un complément indissoluble de ces tics. »

M. Cruchet n'admet pas le tic tonique et le tic d'attitude.

« Il me paraît, dit-il, qu'une attitude, quelque vicieuse qu'elle soit, peut parfaitement exister sans qu'il y ait convulsion. »

« Qui donc en doute ?... lui répondent MM. Meige et Feindel, chacun de nous prend à chaque instant des attitudes, sans pour cela entrer en convulsion.

« Mais si une convulsion tonique n'est pas nécessaire pour produire une attitude, il n'en est pas moins vrai qu'une convulsion tonique peut « réaliser » une attitude : l'arc de cercle hystérique, toutes les attitudes cataleptiques, etc.... »

Nous emploierons donc le terme de tic tonique ou d'attitude, toutes les fois que la réaction motrice se manifestera par une contraction dont les caractères seront ceux de la convulsion dite tonique, et qu'elle s'accompagnera de phénomènes physiques et psychiques superposables à ceux que l'on retrouve dans les tics cloniques. Ceux-ci coexistent d'ailleurs fréquemment avec les tics toniques et ce sera une raison de plus pour leur attribuer la même pathogénie et, sauf la forme de la convulsion, les mêmes caractères cliniques.

« Suivant que la perturbation du pouvoir de la volonté sur les actes fonctionnels se manifeste par défaut ou par excès, on conçoit qu'il puisse en résulter, dans un cas, des réactions cloniques exubérantes, dans l'autre, des réactions toniques qui, objectivement, se traduisent par des attitudes d'une immobilisation plus ou moins prolongée. » (Meige et Feindel.)

VIII

Il arrive fréquemment que l'intensité de la réaction motrice est plus forte que normalement. C'est surtout dans les tics toniques qu'elle dépasse celle des mouvements normaux.

Lorsqu'on examine un malade atteint, par exemple, de torticolis mental, on constate qu'il faut dépenser une force relativement considérable pour vaincre la contraction musculaire ; quelquefois même

on ne peut y arriver. Et cependant si on le distrait, si on produit une dérivation de sa pensée en lui faisant, par exemple, raconter un incident de sa vie qui l'intéresse et non en rapport avec sa maladie, on lui fait exécuter, sans qu'il s'en doute, tous les mouvements impossibles un instant avant.

Un malade de MM. Meige et Feindel atteint de torticolis mental « oppose une résistance musculaire considérable à tous les efforts qu'on fait pour ramener vers la droite sa tête qu'il maintient en torticolis à gauche. Mais si on lui parle, si on l'occupe pendant ces tentatives, peu à peu il abandonne sa tête complètement et l'on peut tourner celle-ci dans tous les sens. »

On constate souvent que les muscles atteints de contractions anormales, toniques ou cloniques, sont augmentés de volume et ont une force supérieure à celle des muscles symétriques. Il n'en faudrait pas conclure que ces muscles sont hypertrophiés pathologiquement. Toutes les fois, en effet, qu'un muscle se contracte plus souvent, il devient plus fort et acquiert un volume plus considérable : les exercices physiques de toute espèce produisent ce résultat. Il en est de même des tics qui, en provoquant la répétition anormale d'une contraction musculaire, réalisent les mêmes effets : augmentation de volume et de force.

Au contraire, certains autres muscles, qui deviennent inactifs dans les tics, et en particulier dans les tics rotatoires du cou, et qui ne se contractent que plus rarement, paraissent diminués de volume. Cette atrophie n'est aussi qu'apparente. En effet, si par la reproduction fréquente d'un mouvement, certains muscles peuvent acquérir une augmentation de volume, il ne s'ensuit pas que les muscles symétriques, qui sont dans le relâchement et l'inaction, soient plus petits et moins forts : ils sont le plus souvent normaux. De plus, l'état de tonicité des muscles vient encore augmenter la différence. En réalité, le plus souvent, lorsque le malade est au repos, cette différence devient inappréciable, et lorsqu'elle existe elle n'est due qu'à l'hyperactivité des muscles atteints de tics.

On a dit également que ces mêmes muscles pouvaient être contracturés et que, par contre, les muscles antagonistes étaient atteints de *parésie,* voire même de *paralysie.*

Il est difficile de résoudre la question, mais ce que l'on peut dire, c'est qu'en ce qui concerne la prétendue parésie musculaire des ti-

queurs, elle n'est que de *l'inhabileté* à exécuter certains mouvements commandés.

MM. Meige et Feindel ont bien fait ressortir cette *maladresse* du tiqueur. Ils en donnent des exemples typiques.

« Il en résulte, ajoutent en conclusion ces auteurs, que chez un grand nombre de tiqueurs on constate un certain trouble de la notion de position des membres et partant une grande inhabileté dans la direction, l'amplitude et l'intensité des actes moteurs volontaires[1]. »

IX

On ne doit pas, nous semble-t-il, se baser sur la fréquence des contractions musculaires pour établir un caractère distinctif du tic. La fréquence, dans un temps donné, des mouvements anormaux du tic est tellement variable qu'il est difficile de l'apprécier et d'en tirer des conclusions probantes.

Il ne faut pas non plus, à l'exemple de quelques auteurs, dire que les contractions musculaires se succèdent dans le tic avec un certain *rythme* et à intervalles à peu près égaux.

Aussi ne nous paraît-il pas que les mouvements décrits sous le nom de *tics rythmiques* ou de *spasmes rythmiques* puissent être rangés dans la même famille que les tics, et quelques-uns comme le *spamus nitans* des jeunes enfants et certaines convulsions rythmiques des idiots et des imbéciles (J. Noir), paraissent ressortir à des lésions de l'encéphale.

Et cependant, dans une observation rapportée par MM. Meige et Feindel, M. de Buck[2] décrit, sous le nom de « spasmes rythmiques », des mouvements anormaux qui ont avec les tics de très grandes affinités.

L'*intermittence* des mouvements est encore un des caractères de la réaction motrice dans le tic. Quelle que soit, en effet, sa forme, sa localisation, son intensité, la convulsion du tiqueur après s'être

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Loc. cit.*

[2] DE BUCK. — Quelques réflexions sur un cas de spasme fonctionnel du cou, torticolis spasmodique, tic rotatoire. *Belgique méd.*, 1897, n° 51.

produite un certain nombre de fois, s'arrête quelques instants plus tard *pendant un temps variable* sans se produire de nouveau. Elle se présente donc sous forme d'*accès,* dont la durée totale est aussi variable que les divers temps dont ils sont constitués.

Dans l'intervalle de ces accès on peut observer des périodes d'accalmie absolue, de même que les accès, comme chez un malade de M. Meige et Feindel, peuvent être pour ainsi dire *subintrants* et n'être séparés par aucun repos musculaire.

On pourrait donc dire que ces accès sont *paroxystiques.* Mais leur fréquence et leur intensité tendent à être modifiées en plus ou en moins, suivant les conditions dans lesquelles se trouve le malade. « L'attention, la distraction atténuent, espacent les tics ; les émotions, les fatigues les exaspèrent...

« La variabilité des intermittences est extrême, elle peut être de plusieurs mois ou simplement de quelques secondes. Il est donc impossible de donner une description générale des accès, paroxysmes ou intermittences. La seule chose qu'il faille retenir, c'est la répétition de la réaction motrice, car, quelle que soit sa fréquence, cette répétition est un des caractères constitutifs des tics. » (Meige et Feindel.)

X

Les tics étant des perturbations d'actes fonctionnels, et le plus souvent plusieurs muscles étant nécessaires à l'exécution d'un acte fonctionnel, il est exceptionnel qu'un seul muscle puisse à lui seul provoquer un tic.

Donc, dans la très grande majorité des cas, *plusieurs muscles entrent en jeu pour constituer un tic.*

Lorsque deux muscles différents collaborent pour réaliser un acte fonctionnel, comme pour la rotation de la tête par exemple, on constate que si le mouvement du tic n'a porté tout d'abord que sur un de ces muscles, il envahira bientôt le second muscle. La preuve en est dans ce que lorsque, dans certains tics de rotation de la tête et du cou produits par des contractions du sterno-cleïdo-mastoïdien, on a sectionné, dans un but de thérapeutique chirurgicale, le tendon de ce muscle, les mouvements n'en continuent pas moins, grâce à l'intervention d'autres muscles rotateurs du cou.

Les tics se produisent le plus souvent d'un seul côté du corps, mais il peut se faire que deux muscles symétriques soient atteints, comme par exemple dans les tics de clignotement des deux yeux, dans le tic *d'affirmation,* dans le tic de *succion.*

« La réaction motrice du tic peut aussi porter *sur deux muscles antagonistes.* C'est le cas de certains tics toniques dont la manifestation objective se traduit par l'immobilisation d'un membre ou d'un segment de membre dans une attitude déterminée. » (Meige et Feindel.)

On peut, le plus souvent, reproduire un tic par la raison que les muscles qui le produisent sont toujours des muscles volontaires. C'est pourquoi on retrouve dans l'étiolgie du tic l'imitation qui en est souvent la cause première. On imite d'abord volontairement, souvent pour se moquer, puis plus tard, chez les individus prédisposés, ces mouvements deviennent automatiques, le *tic d'imitation* est constitué.

Il est fréquent d'observer chez le même malade plusieurs tics simultanés et l'on peut voir des mouvements différents « coexister ou se succéder de très près » chez le même individu.

C'est à cette forme de tics que M. Meige a proposé de donner le nom de *tics variables* par analogie avec l'affection décrite par M. Brissaud sous le nom de *chorée variable des dégénérés.*

Ils se distinguent de celle-ci « par leur plus grande brusquerie et leur moindre diversité; ce sont des tics parce qu'ils reparaissent toujours les mêmes, avec une allure systématique coordonnée ; ils sont variables, car ils passent d'une région à une autre sans suivre une marche déterminée. Celui qui naît aujourd'hui peut disparaître demain, soit d'une façon définitive, soit pour se montrer de nouveau quelques jours après. Ils n'ont entre eux aucune liaison; l'un n'entraîne pas forcément l'autre ; chacun a son individualité propre. Leur nombre est limité, on peut les compter.

« Les mouvement de la chorée variable sont moins brusques, *plus onduleux,* fondus les uns dans les autres, d'une diversité infinie, indescriptibles, incomptables[1]. »

[1] H. Meige. — Histoire d'un tiqueur (tics variables, tics d'attitude). *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 25 août 1901.

Mais chorée variable et tics variables présentent un caractère commun, c'est l'état mental qui dans les deux affections est identique et a pour caractéristique d'être, comme les mouvements qu'il provoque, léger, instable, versatile, nous ne disons pas *infantile* comme M. Meige, car à propos de l'état mental, nous nous proposons de critiquer ce qualificatif qui, d'après nous, prête à la confusion.

Il est vrai de dire cependant que ce caractère de variabilité est propre à l'enfance et que plus le tiqueur est jeune, moins ses tics sont stables.

Un des malades de M. Meige, le jeune J..., dont nous avons déjà parlé et qui présentait aussi des tics d'attitude, a eu successivement un tic de hochement, un tic de reniflement, un tic de morsure, etc.

Un autre, le jeune B..., avait, à six ans, un tic de respiration; à sept ans, un tic de la langue, à huit ans, un tic de la jambe; à douze ans, des tics de la tête (affirmation et négation). Depuis il a présenté des mouvements de salutation et enfin un torticolis avec déviation des yeux.

Chez une jeune fille, malade de M. Grasset, les tics se sont succédé de la façon suivante : dans l'enfance, tics de la bouche et des yeux ; à quinze ans, pendant quelques mois, tic de projection de la jambe droite en avant, puis les mouvements ont cessé et ont été remplacés par des sifflements ; enfin, à dix-huit ans, tics de salutation, projection de la tête en arrière, élévation de l'épaule droite.

Chez l'adulte, au contraire, dont l'état mental est plus stable et qui est souvent sujet à des obsessions, à des idées fixes, le tic tend moins à se déplacer. Il y a néanmoins des exceptions.

CHAPITRE IV

Symptomatologie des tics

Les diverses parties du corps peuvent être le siège de tics : c'est dire que leur variété est infinie et qu'il est presque impossible de les tous signaler ; chaque malade pourrait en créer un nouveau chaque jour. Leur nombre est aussi illimité que les actes fonctionnels dont ils ne sont, comme disait Charcot, que la caricature.

Il en est cependant qui, par leur fréquence dans certaines régions, méritent une description spéciale. Ce sont ceux-là que nous nous bornerons à énumérer et, sans avoir la prétention de tenter une classification toujours périlleuse, nous les distinguerons d'abord par le *territoire morphologique* sur lequel ils sont localisés et aussi par l'*acte fonctionnel* dont ils sont une perturbation.

Nous étudierons donc chaque mouvement en particulier dans les différentes parties du corps, successivement à la face, au cou, aux membres supérieurs, au tronc et aux membres inférieurs.

I

TICS DE LA FACE

La face est certainement la région qui est le plus fréquemment atteinte de tics. Elle est le siège d'actes fonctionnels variés et aussi des *expressions mimiques :* par suite, nous pourrons avoir, en même

temps que des tics caricatures d'une fonction (nictitation, succion, mastication, etc.), des *tics mimiques*, des contractions musculaires traduisant, en les exagérant, des sentiments, des émotions, des passions.

Les tics de la face existent, le plus souvent, d'un seul côté de la face. Néanmoins, par exception, les deux côtés peuvent être atteints, par exemple dans le *tic de reniflement* ou dans certains tics mimiques, comme le *tic du rire*.

Il est exceptionnel aussi que les muscles innervés par un même nerf, le facial par exemple, soient tous atteints de tic en même temps. C'est d'ailleurs un signe différentiel entre le tic et le spasme : dans celui-ci, en effet, cette répartition existe et, de plus, les contractions occupent uniquement les muscles tributaires d'une des branches du nerf facial.

Enfin il est rare qu'un tic de la face existe isolément : il est le plus souvent associé à d'autre tics, il peut arriver qu'un malade ait, par exemple, un tic de clignotement, mais, le plus fréquemment, ce tic s'associe à des mouvements de la bouche et du nez.

Les tics de la face sont habituellement *cloniques*, mais ils peuvent revêtir aussi la forme *tonique*. Nous en donnerons, chemin faisant, des exemples.

A. — Tics des yeux. — L'occlusion souvent répétée des paupières est le plus fréquent des tics des yeux. Il est uni ou bilatéral. C'est quelquefois un simple *battement* des paupières qui se produit avec une fréquence anormale. Plus souvent le tic des paupières simule le *clignotement* que l'on exécute lorsqu'on a un corps étranger dans l'œil, ou que celui-ci est atteint de conjonctivite. Ce sont là les *tics de nictitation*.

Le tic des paupières peut être aussi *tonique*, c'est-à-dire que la durée de la contraction se prolonge d'une façon exagérée. C'est le *clignement* de MM. Meige et Feindel.

« Le clignotement, disent-ils, ne se traduit pas seulement par une contraction brusque et convulsive, c'est parfois une sorte de contraction qui maintient l'œil à demi clos d'une façon presque permanente. Mais il ne s'agit pas d'une contracture véritable; la volonté peut toujours la faire disparaître, passagèrement au début et définitivement sous l'influence d'exercices appropriés. Témoin le cas de

ce jeune tiqueur auquel un double clignotement permanent donnait un air endormi fort singulier. Ce n'était qu'une forme de tic palpébral dont une gymnastique des paupières eut parfaitement raison [1]. »

Chez un autre malade « il s'agissait, au contraire, d'un écarquillement excessif de l'orifice palpébral qui donnait au regard une dureté et une fixité étranges ».

Les muscles moteurs de l'œil sont aussi atteints de tics. Les globes oculaires ne peuvent conserver alors aucune fixité. Ils oscillent dans toutes les directions, de droite à gauche, de bas en haut. Cette sorte de tic peut simuler alors des mouvements nystagniformes (cas de Marchand, de Meige, d'Otto Levick).

A côté de ces formes cloniques des tics des muscles extrinsèques de l'œil, il existe des formes toniques qui se traduisent par une attitude fixe des globes oculaires (observations de Trousseau, Babinski, Marie, cas de Noguès et Sirol).

B. — Tics de la bouche. — La bouche est aussi le siège de mouvements très variés ; on peut les subdiviser en *tics des lèvres (tics de succion, tics mimiques : caricatures* du sourire, du rire, de toutes les espèces de moue et de pincement des lèvres traduisant le chagrin, le mépris, le dégoût, etc.) et *tics de la langue (tics de léchage, tics du chiqueur, tics de claquement, sifflement, croassement,* etc.).

C. — Tics du nez. — Les plus fréquents sont les tics de *reniflement* qui sont produits par un froncement des narines s'accompagnant d'une aspiration ou d'une expiration nasale.

D. — Tics des mâchoires. — Les muscles de la mastication peuvent produire toutes les espèces de tics de *mordillage* et de *mâchonnement.* Ce sont les masséters qui sont surtout atteints. Certains malades ouvrent et ferment leur bouche en produisant un claquement par le choc des arcades dentaires supérieures et inférieures ; ils exécutent également des mouvements de propulsion et de déduction.

[1] MEIGE et FEINDEL. — Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou. *Revue neurol.*, 1901, p. 380.

Ces tics de *mastication* peuvent être la cause d'accidents dentaires et d'ulcérations de la muqueuse buccale qui s'enflamme et peut produire des stomatites infectieuses.

Ce besoin de mastication s'accompagne presque toujours de mordillage des lèvres : les *cheilophages* dévorent leurs lèvres qui sont tuméfiées, ulcérées, saignantes. L'*onychophage* est plus fréquent encore, et c'est avec raison qu'on le considère comme un signe de dégénérescence.

Il existe aussi des tics toniques des mâchoires, dont le plus fréquent est le *trismus mental* (Raymond et Janet).

« Ce tic est caractérisé par une attitude de contraction presque permanente des masséters, qui, d'ailleurs, cesse complètement lorsqu'on fait exécuter au sujet certains mouvements, comme tirer la langue, montrer sa gorge, etc... Il peut exister pendant la parole. » (Meige et Feindel.)

Ce tic peut être corrigé, comme le torticolis mental, par un procédé très variable, mais auquel le malade attribue une efficacité : un bouchon entre les dents (Raymond et Janet), un doigt sur les incisives (Chatin).

Il existerait également des *tics du menton* (Massaro) et des tics des muscles du *pavillon de l'oreille* (Romberg, Bernhardt, Seeligmiller, Meige et Feindel). Enfin, ces derniers auteurs pensent également qu'il y a des tics de l'audition qui se manifesteraient chez certains malades par une sorte de bourdonnement.

II

TICS DU COU

Le cou est, après la face, la région qui est le plus souvent le siège de tics.

Les contractions musculaires du cou ont pour effet de déplacer la

tête de diverses façons, en flexion, en extension, en rotation, en inclinaison, etc....

Ici, plus que dans toute autre partie du corps, il existe les deux sortes de tics : cloniques et toniques.

Les premiers consistent en tics de *hochement, d'affirmation, de négation, de salutation.*

Les seconds comprennent un groupe très important de tics toniques : les *torticolis*, et, parmi eux, cette forme spéciale à laquelle M. Brissaud a donné le nom de *torticolis mental.*

A. — De tous les muscles du cou, c'est le sterno-mastoïdien qui est le plus souvent atteint de contractions cloniques. Lorsque celles-ci sont limitées à un seul muscle, on voit la tête tourner une ou plusieurs fois de suite très rapidement d'un côté, en s'inclinant en bas. Ces mouvements peuvent se produire seuls ou être accompagnés de contractions du peaucier ; celles-ci produisent alors un plissement de la peau du cou. Quand, au contraire, les deux sterno-mastoïdiens se contractent simultanément, la tête se fléchit en avant et le menton peut arriver à toucher le sternum. Mais, le plus souvent, le mouvement est incomplet et le malade fait, à plusieurs reprises, une inclinaison de la tête en avant, comme s'il voulait mimer une approbation (Tic d'*approbation*, d'*affirmation*, de *hochement*). Quelquefois, c'est le mouvement inverse qui a lieu, la tête se place en extension sous l'influence des muscles de la nuque.

Il existe aussi des mouvements de latéralité de la tête qui, lorsqu'ils sont rapides et souvent répétés, produisent le tic de *hochement latéral ;* lorsque, au contraire, le mouvement est brusque, saccadé et qu'il se produit comme un déclanchement, il fait croire aux personnes non prévenues que le malade leur fait signe de venir.

Les tics de l'épaule s'ajoutent souvent aux tics de la tête et du cou.

B. — Torticolis mental. — M. Brissaud a donné ce nom à une variété de tic alternativement clonique et tonique ou tonique d'une façon permanente, que le malade peut corriger par un procédé de son choix.

Il a sa raison d'être, disent MM. Meige et Feindel, dans l'*imperfection mentale* de celui qui en est atteint.

« Expliquons-nous bien, ajoutent-ils tout de suite, qui dit imperfection mentale ne veut pas dire *aliénation mentale*. Les malades décrits par M. Brissaud ne sont pas nécessairement des aliénés ; mais on retrouve chez eux les mêmes défectuosités mentales signalées chez tous les tiqueurs, depuis la déséquilibrisation simple jusqu'aux troubles psychiques les plus graves. »

Les formes de ce torticolis et, par suite, le nombre des muscles qui le produisent sont très variables.

C'est tantôt une rotation de la tête à droite ou à gauche, le menton se portant aussi loin que possible sur l'épaule correspondante, l'axe de la tête restant vertical. C'est alors le seul sterno-mastoïdien qui se contracte ; tantôt le trapèze et le peaucier entrent à leur tour en jeu, et alors la tête s'incline sur l'épaule et la peau du cou se plisse. Quelquefois aussi, les muscles de la nuque sont animés, à leur tour, de mouvements cloniques et la tête est rejetée en arrière (*rétrocolis*).

Il s'agit, dans tous ces cas, de contractions cloniques ; mais celles-ci peuvent être toniques. Il se produit alors une sorte de *tétanisation* qui dure plusieurs secondes, pendant lesquelles les muscles font, sous la peau, une saillie très apparente. Puis la contraction disparaît et la tête reprend sa place pour repartir peu après. Les contractions, dans ce cas, sont brusques, saccadées, et il semble que la tête est retenue par un ressort qui se déclanche tout à coup.

Enfin, dans une troisième forme, la tête peut se fixer en contracture dans une position permanente et le menton s'immobiliser sur l'épaule, comme dans le torticolis vulgaire et dans le *torticolis spasme*.

Ces diverses variétés peuvent se combiner entre elles, de telle sorte qu'on peut voir chez le même sujet, à des périodes différentes ou simultanément, la forme clonique qui dure plus ou moins longtemps et à laquelle succède la position permanente de contracture.

Mais ce qui caractérise ce *torticolis-tic*, quelle que soit la forme qu'il affecte, c'est que les malades peuvent le corriger immédiatement, et d'une façon complète, grâce *à un subterfuge de leur choix*. Il suffit que la main, ou simplement le doigt, soit placé sous le menton ou sur la joue pour que la tête reprenne sa position normale. S'il

s'agit de rétrocolis, le malade appuiera sa tête sur le dossier d'une chaise ou contre un mur, et celle-ci restera droite. Pour corriger la position anormale, il n'est pas besoin de déployer une grande force, de faire un effort considérable : la seule apposition d'un doigt est suffisante.

C'est ce geste correcteur auquel MM. Meige et Feindel ont donné le nom de *geste antagoniste efficace.*

Il faut le plus souvent que celui-ci soit accompli par le malade lui-même, mais il n'en est pas toujours ainsi et une main étrangère peut produire le même effet. Nous avons publié, avec M. Sirol, un cas où il en était ainsi [1]. Il arrive aussi que la simple volonté peut amener le même résultat et remplacer, pendant un certain temps, le geste antagoniste.

Notre malade était dans ce cas. Un malade de MM. Meige et Feindel [2] corrigeait son torticolis avec son bras droit, qui était atteint lui-même de mouvements choréiformes. Or, dès que ce bras accomplissait le geste antagoniste pour immobiliser la tête, les mouvements dont il était lui-même atteint cessaient à leur tour. Le geste antagoniste était, dans ce cas, *doublement efficace.*

Le torticolis mental ne s'associe généralement pas à d'autres tics mais il est souvent le tic final et permanent d'une série de *tics variables.*

Les fatigues, les émotions de toute sorte peuvent exagérer les mouvements convulsifs dans le torticolis mental. Il est de règle, lorsqu'il s'est produit une rémission dans les contractions, que toute surprise, pénible ou agréable, tout mouvement ou même toute pensée de mouvement, un bruit subit, une question posée à l'improviste, font reparaître les déviations de la tête.

Le torticolis mental mériterait que nous lui consacrions une description détaillée et complète en raison de la place importante qu'il occupe dans la nosographie des tics ; mais l'étude pathogénique et étiologique, celle de l'état mental nous entraînerait à des déve-

[1] Noguès et Sirol. — Un cas de torticolis mental. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* 1899, n° 6, p. 483.

[2] Meige et Feindel. — Les associations du torticolis mental. *Archives générales de médecine,* février 1902.

loppements qui dépasseraient les limites déjà si considérables de ce rapport. D'ailleurs, celle-ci se confond avec celle des autres tics et nous aurons l'occasion de reparler des caractères distinctifs du torticolis mental, de sa pathogénie, de son étiologie spéciales.

D'ailleurs, depuis la magistrale leçon de M. Brissaud, ses élèves, M. Bompaire[1] et, d'une façon plus précise encore, MM. Meige et Feindel, dans une série d'articles fort remarquables, ont étudié en détail le torticolis mental et en ont complété la description. Dans un important mémoire, M. Grasset[2] a décrit une forme spéciale de torticolis et en a déduit des interprétations pathogéniques personnelles sur lesquelles nous reviendrons. Enfin, dans leur monographie des tics, MM. Meige et Feindel ont consacré un important chapitre au torticolis mental, auquel nous renvoyons ceux que cette étude intéresse plus spécialement.

III

TICS DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Les tics des membres sont bien moins fréquents que ceux de la face, de la tête et du cou. Il est exceptionnel de les observer à l'état d'isolement et plus souvent ils viennent s'ajouter aux premiers. Leur variété est très grande. Quelques-uns cependant sont plus fréquents et parmi ceux-ci le *tic de haussement* des épaules est le plus habituel. Il est un de ceux qui préoccupent le plus les malades ; ils ont peur, en effet, d'être taxés d'impolitesse ou d'*impertinence* par un interlocuteur non prévenu de leur infirmité.

Une seule épaule peut être agitée de contractions cloniques et produit, lorsqu'elles s'accompagnent d'abduction ou d'élévation du

[1] Bompaire. — Thèse de Paris, 1894.

[2] Grasset. — Tic du colporteur. *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière,* 1897, n° 4 (Spasme polygonal professionnel).

bras, le geste que l'on fait lorsqu'on est gêné par une manche trop étroite. Quelques malades serrent leurs bras contre le tronc, comme s'ils avaient froid, d'autres frappent sur leurs cuisses avec leurs mains ouvertes ou fermées et arrivent quelquefois à produire des ecchymoses, voire même des plaies de la partie frappée. Il en est d'autres qui se frottent les mains l'une contre l'autre, imitant un geste de satisfaction.

Les *tics des mains* sont plus spécialement constitués par des *tics de grattage :* grattage du front, de la face, du nez, etc. ; alors, bien entendu, qu'il n'existe ni démangeaison, ni écorchure. Un enfant de M. Guinon s'arrêtait à chaque instant pour se gratter l'aine comme un chien. Nous avons observé nous-même un enfant de dix ans, fils de tiqueur, qui se grattait l'anus chaque dix ou vingt secondes ; ce tic avait eu pour origine un prurit anal provoqué par des oxyures. Ceux-ci ayant disparu sous l'influence du traitement, l'enfant continua à se gratter. Un malade, cité par M. Meige, se grattait les lèvres jusqu'à les faire saigner, un autre se gratte le front et les tempes au point d'entretenir sur son visage « une floraison sanguinolente de petits boutons excoriés ». MM. Raymond et Janet ont observé une fillette qui avait, à force de se gratter, la figure et les mains couvertes de plaies et de croûtes ; sur le corps, les plaies avaient plusieurs centimètres de diamètre *(tic de s'arracher la peau).* Un autre malade s'arrachait les cils avec un tel acharnement que les paupières en étaient absolument dépourvues, ce qui donnait à ses yeux un aspect bizarre[1].

Nous avons soigné une jeune fille qui avait un tic des mains fort particulier. Elle frottait entre deux de ses doigts un bout de sa robe jusqu'à ce qu'un trou fût formé ; le trou produit, elle recommençait à côté le même manège; la nuit, elle trouait ainsi ses draps, voire même la housse de ses matelas.

Une autre enfant avait le tic de prendre entre ses doigts un *seul* de ses cheveux et de chercher la position qui lui permettait de ressentir sur le bout de l'index une sensation de piqûre.

Existe-t-il des tics de l'écriture? se demandent MM. Meige et Feindel. « Celui qui, hors de tout propos, sans plume ni crayon, se

[1] Raymond et Janet. — *Névroses et idées fixes*, tome II.

mettrait à exécuter avec les doigts les mouvements de l'écriture, qui éprouverait à faire et à répéter ce geste une satisfaction, celui-là aurait vraiment un tic de l'écriture. »

On ne connaît pas d'exemple de tiqueurs pareils, et même quelle que soit l'intensité des mouvements anormaux de leurs membres supérieurs, bras ou mains, les tiqueurs ne présentent pas des troubles de l'écriture et celle-ci n'est nullement modifiée. Lorsque ceux-ci écrivent et qu'ils veulent tiquer, ils lèvent leurs plumes, exécutent leurs mouvements anormaux habituels et continuent la lettre, le mot, la phrase qu'ils ont commencés. Ils sont rarement surpris par leur tic. « Ils savent faire vivre en bonne intelligence ces deux actes automatiques : l'un anormal, le tic, l'autre normal, l'écriture. » (Meige et Feindel.)

Nous avons dit ce qu'il faut penser de la crampe des écrivains et de ses rapports avec le tic. Nous n'y reviendrons pas.

Comme les tics de la face, de la tête et du cou, les tics des membres supérieurs peuvent être toniques. Ceux-ci sont le plus souvent des mouvements surajoutés, des tics d'attitude et auxquels on pourrait donner aussi le nom de *tics de défense*. En effet, ces attitudes, tout d'abord voulues et destinées à immobiliser les membres agités de mouvements cloniques, *ces paratics*, suivant la pittoresque expression de M. O..., deviennent à leur tour des tics ; les malades n'ont fait que substituer à leur tic clonique un tic tonique.

IV

TICS DU TRONC

Il est rare d'observer à l'état d'isolement les mouvements anormaux des muscles thoraciques. Ils sont le plus souvent associés aux tics des membres supérieurs ou inférieurs. Les muscles vertébraux

et abdominaux sont les seuls qui entrent en jeu dans les mouvements de *salutation*, de *balancement* qu'on constate plutôt chez les idiots. Il peut exister des tics de la paroi abdominale. M. Pierre Janet en a donné une observation intéressante.

V

TICS DES MEMBRES INFÉRIEURS

C'est aux membres inférieurs que les tics se manifestent le moins souvent. Ils sont rarement isolés. Ils sont le plus souvent associés dans les cas graves avec les tics des autres parties du corps.

Le tic le plus fréquent consiste à frapper du pied par terre, que les malades soient dans la position debout ou assise ; quelques-uns lancent des coups de pied soit dans le vide, soit sur les objets qui les environnent, voire même sur l'autre jambe. D'autres étant debout ne peuvent rester en place, ils changent continuellement la position de leurs pieds, et, quoiqu'ils ne tombent jamais, ils donnent l'impression de gens qui cherchent leur aplomb.

Un malade de M. Guinon s'arrêtait brusquement pendant la marche et fléchissait les genoux comme s'il avait reçu un coup inattendu au niveau des jarrets.

M. Oddo [1], sous le nom de *tics de génuflexion*, a décrit, il y a peu de temps, chez une petite fille, un tic qui reproduisait le mouvement que fait un enfant qui plie brusquement le genou devant un autel. Une jeune femme tombe sur ses genoux dès qu'elle fait un pas ; elle se relève, fait encore quelques pas, puis retombe sur ses genoux avec un grand bruit. La malade ne se fait pas de mal dans ses chutes, qui ne se produisent d'ailleurs jamais dans un escalier ou dans un endroit dangereux ou malpropre. (Raymond et Janet [2].)

[1] ODDO. — *Marseille médical*, 15 mars 1902.

[2] RAYMOND et JANET. — *Névroses et idées fixes*.

Il existe aussi des *tics de saut*. Ceux-ci se produisent, d'après M. Guinon, le plus souvent au repos. Les malades sautillent sur place comme s'ils dansaient, quelques-uns font de véritables bonds ou tout d'un coup se mettent à courir.

Il peut se produire aussi des mouvements plus complexes. « Subitement un malade courait, se mettait à genoux puis se relevait ; chez un autre, le mouvement le plus habituel consistait à se baisser tout à coup et à se relever vivement comme s'il avait eu à ramasser quelque chose. » (G. Guinon [1].)

On peut rapprocher de ces faits ceux qui ont été décrits à l'étranger et dont M. Gilles de La Tourette [2] a fait une étude intéressante : le *Jumping du Maine*, le *Latah dans les Iles malaises*, le *Myriachit* en Sibérie. Dans ces maladies étranges, on constate toujours ce phénomène bizarre, pour ne parler que de celui-là, du saut au moment d'un contact inattendu.

Il peut exister dans les membres inférieurs des convulsions toniques auxquelles on pourrait donner le nom de tics toniques (cas de Ehret, de Jacoby, de Wolff), dans lesquels les phénomènes psychiques jouaient un rôle important,

MM. Raymond et Janet [3] ont rapporté, sous le nom de *tic du pied*, le cas d'une femme qui, depuis sept ans, tourne, pendant la marche, son pied gauche en dedans, relève le gros orteil en extension forcée, tandis que les autres orteils s'écartent fortement. Cette attitude est douloureuse et disparaît au repos.

Et aussi celui de ce jeune homme observé par les mêmes auteurs, qui, après une marche de dix minutes, est contraint de s'arrêter, parce que, subitement, tous les orteils du pied droit se fléchissent fortement sous la plante du pied. Après un repos, il peut repartir, mais le même phénomène se reproduit. Notre ami le docteur Destarac [4] a publié également l'observation d'une malade que nous avons

[1] G. Guinon. — *Loc. cit.*

[2] Gilles de La Tourette. — *Archives de neurologie*, n° 22, 1884.

[3] Raymond et Janet. — *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1899, n° 5, p. 253.

[4] Destarac. — Torticolis spasmodique et spasmes fonctionnels. *Revue neurologique*, 1901, p 591.

eu l'occasion de voir et qui présentait, en même temps que divers autres tics, un tic tonique du pied presque identique aux précédents ; il disparaissait lorsque la marche se faisait à reculons.

VI

A part les tics dont les territoires musculaires fonctionnels peuvent être atteints, il en existe d'autres qui ont pour siège les divers organes et qui sont des perturbations des fonctions organiques.

C'est ainsi que certains actes fonctionnels, comme la déglutition, la digestion, la respiration, peuvent être troublés et qu'il peut se produire des tics de la déglutition, de la digestion, de la respiration, etc.

A. — Tics de sputation, de déglutition, tics d'éructation, de vomissements, tic aérophagique. — Certains malades crachotent continuellement sans être atteints de maladies de la bouche, des bronches ou du poumon. Certains même ne rejettent ni salive, ni mucosités et font entendre seulement le bruit du crachotement.

Tel est le cas d'un malade que nous avons observé et qui, depuis vingt ans environ, fait ce bruit de crachotement sans jamais expulser sa salive, ce qui ne l'empêche pas d'être un sujet de répulsion en société. Il en est profondément malheureux, mais il ne peut s'empêcher de produire ce bruit désagréable pour les autres et dont l'arrêt, par un effort violent de volonté, produit chez lui de l'angoisse *(tic de sputation)*.

Un malade de M. Guinon, tout en faisant des expirations forcées, portait convulsivement plusieurs fois de suite sa main devant sa bouche comme s'il avait craint de projeter sa salive sur les personnes environnantes.

M. Séglas cite le cas d'une obsédée qui, craignant d'avoir avalé des épingles ou des couteaux, a la sensation d'un corps étranger dans l'œsophage. Sa phobie s'accompagne de sialorrhée, de sputa-

tation incessante, qui l'oblige à porter sur elle un certain nombre de mouchoirs pour pouvoir cracher à son aise.

M. Hartenberg[1] a publié un cas de *tic de déglutition* caractérisé par un besoin continuel d'avaler la salive.

Certains malades ont des tics d'*éructation*. MM. Meige et Feindel ont observé toute une famille dont plusieurs membres sont atteints de cette infirmité. MM. Otto Levick, Raymond et Janet, Cruchet citent des cas analogues.

On peut comprendre dans le même ordre de faits le *tic aérophagique* (Pitres et Séglas), qui consiste en un effort d'aspiration accompagné de mouvements bruyants de déglutition et suivis presque immédiatement de l'expulsion de gaz sonores.

M. le professeur Pitres[2] a donné de ce tic la définition suivante : « Ce sont des spasmes musculaires systématiques harmonisés de façon à provoquer alternativement la déglutition et l'expulsion d'une certaine quantité d'air atmosphérique. »

B — *Tics de la respiration.* — Ils sont très nombreux et représentent des troubles fonctionnels, comme le *reniflement*, le *ronflement*, le *soufflement*, le *sifflement*, la *toux*, etc..... Ils coexistent ordinairement avec des tics de la face et des membres.

Il ne faudrait pas cependant considérer toujours comme des tics les divers troubles inspiratoires ou expiratoires. On sait que les hystériques ont souvent des accès bien connus de bâillement, d'éternuement, de hoquet, de sanglots et, d'autre part, certaines habitudes, comme le sifflement, ne peuvent pas être appelées tics. Enfin, les troubles spasmodiques de la respiration décrits sous les noms de *dyspnée spasmodique*, d'*asthme spasmodique*, de *toux spasmodique*, *sont très souvent des spasmes véritables* ressortissant à une irritation des voies sensitives. Il existe aussi, parmi les tics de la respiration, des *tics phonotoires*, dont le plus simple consiste dans une exclamation involontaire, comme, par exemple, Ah ! une ou plusieurs fois répétée. Celle-ci se produit en même temps que les

[1] Hartenberg. — Tic de déglutition chez une hystérique ; traitement et guérison. *Revue de psych. clin. et thérap.*, juin 1899.

[2] Pitres. — *Leçons sur l'hystérie*, 1891.

autres tics musculaires, le cri éclate au milieu d'une phrase correcte en elle-même et, dans tous les cas, parfaitement raisonnée.

A un degré plus avancé il y a le tic d'aboiement : ouah ! ouah ! Nous avons observé pour notre part un malade qui présentait ce tic phonotoire à l'état d'isolement, sans tics musculaires, mais dont l'état mental était celui d'un obsédé à hérédité psychopatique chargée. Il y aussi le tic de *gloussement*, de *grognement*. Tous, aboyeurs, glousseurs et grogneurs éprouvent une véritable angoisse douloureuse lorsqu'ils ne peuvent satisfaire leurs tics et aussi un véritable soulagement à la suite de leur accomplissement.

Les aliénés ont souvent des tics phonotoires, mais la plupart de ces tics sont liés à leurs idées délirantes. M. Briand, au Congrès de Limoges, en a cité un cas intéressant.

C. — Tics du langage. — Il est indispensable de différencier les troubles de la parole qui ne se produisent qu'à l'occasion de celle-ci, de ceux qui se manifestent inutilement et d'une façon intempestive. Les seconds seuls sont des tics.

Aussi nous ne donnerons pas ce nom au bégaiement, au zézaiement, au bredouillement, etc., ainsi qu'à tous les troubles de la phonotion ou de l'articulation dont « l'existence ne peut être révélée que par l'acte de la parole et que rien ne peut trahir en dehors de la parole ».

Cette distinction est d'autant plus importante que le bégaiement, par exemple, coexiste assez souvent avec les tics, les précède ou leur succède, et qu'il a avec eux des similitudes très grandes.

Le tic se manifeste en toute occasion, tandis que le bégaiement n'a lieu qu'à l'occasion de la parole. « Si le bègue ne parle pas, rien ne permet de soupçonner son infirmité ; le bégaiement n'est donc pas un tic, mais il est étroitement apparenté au tic. » (Meige et Feindel.)

A côté des troubles du langage de forme clonique il peut exister des troubles toniques qui se traduisent par un arrêt de la parole, une sorte de mutisme plus ou moins complet et prolongé.

On a décrit sous le nom d'*aphonie spastique* (Hasslauer) une affection caractérisée par la perte totale de la faculté de parler à haute voix.

M. Aimé[1] a appelé *tic élocutoire* un trouble de la parole chez un malade qui, lorsqu'il voulait articuler un mot, sentait sa gorge se serrer et se trouvait dans l'impossibilité d'émettre un son.

Il existe aussi des anomalies du langage qui consistent dans l'apparition subite, involontaire, inopportune, dans la répétition fréquente de certains mots inutiles.

Tel l'homme cité par M. Letulle qui ne pouvait prononcer quatre mots de suite sans intercaler un *Monsieur* séparant tous les membres de sa phrase.

Et aussi cette personne dont parlent MM. Meige et Feindel, et qui encombre toutes ses phrases de la locution *vous concevez,* même lorsqu'elle tutoie son interlocuteur.

Dans le patois du Midi, cette manie d'intercaler des mots inutiles au milieu des phrases est très fréquente. Il est rare de trouver un paysan gascon qui n'émaille à chaque instant ses discours de *s'adits* (dit-il), de *pardi* (parbleu).

Toutes ces locutions habituelles, qui peuvent être comparées aux tics d'habitude, ne doivent pas être plus que ceux-ci considérées comme des tics.

« Si l'emploi de ces locutions est certainement abusif, on ne peut pas dire qu'il soit déraisonnable. Trop de « n'est-ce pas », trop de « vous concevez », sont anormaux, d'un fâcheux effet et alourdissent inutilement les phrases ; mais ce ne sont, en somme, que des formules surabondantes, des fautes de style et de grammaire qui dénotent simplement une certaine inattention, mais non pas un sérieux défaut mental. » (Meige et Feindel.)

Il n'en est pas de même de certains mots ou locutions qui n'ont aucun sens et qui sont introduits sans raison au milieu des phrases. Tel ce confrère cité par M. Grasset, qui à chaque instant répétait le mot *cousîsi*.

Mais ce qui mérite véritablement le nom de tics du langage, ce sont ces exclamations, ces mots, ces phrases involontaires qui font explosion dans le silence, qui s'accompagnent avant d'être prononcés d'un besoin impérieux, angoissant, que rien ne peut retenir et dont l'émission est suivie d'une satisfaction. « Ils ont même ori-

[1] AIMÉ. — Un cas de tic élocutoire. *Revue de médecine de l'Est,* janvier 1901.

gine que les tics, même mode d'extériorisation ; que la localisation motrice soit brachiale, faciale ou verbale, le phénomène est le même. Une idée provoque un geste des bras, une mimique ou un mot articulé. Si l'idée reste un certain temps, le geste, la mimique, le mot, sont répétés. La répétition crée une habitude fonctionnelle. L'idée disparaît ; si l'habitude motrice persiste, si le sujet n'a pas la volonté suffisante pour l'enrayer, geste, mimique ou mot demeurent et se manifestent hors de propos. Ce sont des tics. » (Meige et Feindel.)

Parmi ces exclamations il faut distinguer celles qui sont quelconques ; chaque malade a la sienne : ce sont des noms de parents, de personnes connues du malade, comme dans les observations de M. Guinon et de M. Pitres ; des mots violents (Séglas), des appellations pieuses (Bale), etc. Et celles qui, plus fréquentes que les premières, revêtent un caractère spécial de grossièreté.

C'est à l'émission invincible et involontaire de ces mots orduriers que M. Gilles de La Tourette a donné le nom de *coprolalie*.

« Les mots qui composent le vocabulaire forcé des coprolaliques, dit M. Guinon, sont : *Nom de Dieu ! merde ! foutre ! couillon ! cochon !* Et il ne faudrait pas croire que ces expressions se rencontrent seulement sur les lèvres de gens habitués à se servir de semblables termes. Bien au contraire, les personnes les mieux élevées, lorsqu'elles viennent à être atteintes de cette déplorable infirmité, emploient également, sans pouvoir s'en empêcher, le même langage ordurier. Qu'il nous suffise de citer l'exemple devenu classique de la marquise de Dampierre qui, depuis sa jeunesse jusqu'à l'âge de quatre-vingt-dix ans, prononçait involontairement, même dans les circonstances les plus solennelles, les mots : merde ! et foutu cochon ! »

M. Pitres a observé une petite fille, fort bien élevée qui s'est mise tout à coup, vers l'âge de dix ans, à crier involontairement les mots les plus grossiers, qu'elle n'avait certainement pas recueillis sur les lèvres de ses parents ou des personnes de son entourage. Cette infirmité rend souvent les malades très malheureux ; ils se sentent un objet de scandale et ils regrettent les mots qu'ils lâchent malgré eux.

La coprolalie peut accompagner les tics ou se produire seule ; mais tous les coprolaliques ne sont pas des tiqueurs.

On ne peut, d'autre part, donner le nom de coprolalie à l'habitude qu'ont certaines personnes, même bien élevées, d'émailler leur conversation de mots triviaux ou même orduriers.

Il faut, pour qu'il y ait tic coprolalique, que « l'émission verbale ordurière soit d'une brusquerie, d'une impétuosité telle qu'elle devance l'action frénatrice de la volonté, que le juron soit lâché avant que le sujet ait voulu le retenir; que le besoin qui précède soit impérieux, irrésistible, que celle-ci ait lieu en toute circonstance en dehors du discours et là surtout où il ne faudrait pas qu'elle se produisît ». (Meige et Feindel.)

N'est pas non plus coprolatique ni tiqueur celui qui, dans un moment d'impatience ou de colère, dit un gros mot ou fait un geste d'impatience.

« Auquel de nous n'est-il pas arrivé, dans la solitude, en présence d'une difficulté ou d'une contrariété subite, de laisser échapper un juron qui, d'ailleurs, ne fait pas partie de notre vocabulaire coutumier ? Pareillement, n'avons-nous pas, dans les mêmes circonstances, esquissé plus d'une fois un geste violent de la main ou du pied et convulsé notre visage en une brusque grimace d'impatience ? Mais la présence d'une personne devant laquelle nous aurions su qu'il eût fallu nous contenir, la réflexion seule de l'inopportunité de ces manifestations aurait suffi à les maîtriser. »

Eh bien ! c'est ce pouvoir frénateur qui fait défaut au tiqueur coprolalique aussi bien qu'au tiqueur moteur.

D'ailleurs, de même que celui-ci peut, pendant un certain temps, retenir son mouvement intempestif, le coprolalique peut s'empêcher de dire le gros mot qu'il sait devoir faire scandale dans une assemblée non prévenue ; mais, très angoissé par sa contrainte, le besoin devient de plus en plus impérieux et, dès qu'il est seul, il s'en donne à cœur joie de débiter ses grossièretés habituelles ; il éprouve alors une satisfaction et un soulagement.

Il est un autre symptôme verbal que M. Gilles de La Tourette a appelé *écholalie*, qui fait aussi partie de la maladie des tics et qui peut être considéré avec raison comme un tic de la parole.

« Le malade répète involontairement, comme un écho, les sons qu'il entend émettre autour de lui, et, de même que l'écho, il est plus ou moins complet, c'est-à-dire qu'il en répète plus ou moins long. Ceux chez qui le phénomène est le moins accentué se con-

tentent de reproduire, sans le vouloir, un cri : Ah ! que l'on profère à côté d'eux. Un degré de plus et le patient répétera un, deux, trois des derniers mots d'une phrase prononcée par une personne voisine ; au degré plus accentué, il reproduira un membre de phrase tout entier.

Généralement, les mots répétés en écho, le sont d'une facon bruyante, sous forme d'une vive exclamation.

Mais il peut se faire qu'il n'en soit pas toujours de même :

« Ainsi, le malade, tout au début, lorsque ce symptôme, surprenant pour lui-même, ne fait que commencer, s'aperçoit avec étonnement qu'il répète involontairement tout bas des exclamations ou des bouts de phrases qu'il entend autour de lui. Il s'effraye, sa tête travaille, il cherche à se retenir, et alors arrive ce sentiment d'angoisse qui se produit toujours lorsqu'il veut arrèter quelques-unes des manifestations indépendantes de sa volonté.

« C'est en ce moment qu'il lâche violemment son mot, sa phrase en écho, tantôt ne la répétant qu'une fois, tantôt la redisant plusieurs fois de suite avec acharnement. Les cris, les exclamations, les mots répétés le sont avec une fidélité parfaite et une parfaite netteté. Les hurlements les plus étranges d'un hystérique en attaque, nous les avons entendus répétés par un homme atteint de tic et parfaitement imités.

« Par l'habitude, la volonté arrive à pouvoir exercer sur l'écholalie, comme sur les mouvements convulsifs, une certaine influence. Quelquefois le malade arrive à ne pas faire l'écho ; mais aussi bien souvent il n'y parvient qu'imparfaitement, en quelque sorte, et tandis que sa volonté s'efforce de maintenir sa langue, elle lâche la bride au tic et un accès survient, très violent.

« Dans des cas plus bénins, le malade semble pouvoir remplacer, jusqu'à un certain point, un mot en écho par un mouvement, surtout par une petite secousse de toux ou un hem ! plus ou moins accentué. Cette action, complète ou incomplète, de sa volonté sur la production de l'écholalie existe surtout lorsque le malade est prévenu, lorsqu'il sent qu'on l'observe. Au contraire, lorsqu'on vient de prononcer brusquement auprès de lui, sans qu'il s'y attende, quelque exclamation, dans ce cas il la reproduit presque à coup sûr. » (G. Guinon [1].)

[1] G. Guinon. — *Loc. cit.*

Les malades arrivent quelquefois à reproduire en écho leurs propres paroles ; ainsi, par exemple, si on demande à l'un d'eux s'il était nerveux : « Jamais, répond-il, je n'ai été.... jamais ! jamais ! je n'ai eu.... jamais ! de maladie.... jamais ! de maladie nerveuse. » Dans ce cas-là le malade est l'écho de lui-même, de sa propre voix.

L'écholalie, comme la coprolalie, ne se produit pas que chez les tiqueurs, et on l'observe non seulement chez des gens indemnes de toute espèce de tics, mais aussi chez des malades atteints d'affections organiques des centres nerveux.

VII

MALADIE DE GILLES DE LA TOURETTE

Les deux espèces de tics de la parole que nous venons de décrire nous conduisent tout naturellement à parler de la forme la plus grave que puissent revêtir les tics, du degré le plus élevé des manifestations convulsives et des troubles psychiques qu'il est permis d'observer dans cette affection.

Ce type classique, que M. Gilles de La Tourette a le premier isolé et décrit, porte aujourd'hui son nom. On l'appelle aussi *la maladie des tics convulsifs* et aussi des **tics impulsifs.**

Nous ne pouvons mieux faire qu'en reproduisant le tableau schématique que l'auteur lui-même en a fait dans le dernier travail qu'il lui a consacré[1].

« Vers l'âge de sept ou huit ans, assez souvent un peu plus tôt, quelquefois plus tard, un enfant, un garçon, une fille, — car les deux sexes paraissent également atteints, — dont l'hérédité est presque toujours chargée, présente des secousses musculaires involontaires, des tics qui ne tardent pas à attirer l'attention des parents, sans toutefois que ceux-ci, dans la plupart des cas songent alors sérieusement à

[1] Gilles de La Tourette. — *Semaine médicale*, 1899, p. 153.

s'en alarmer. Les secousses sont, en effet, presque toujours limitées, au moins au début; elles occupent de préférence les muscles de la face qui devient le siège de clignements d'yeux, de torsions de la bouche, de mouvements de lèvres brusques et rapides. Il s'y joint parfois, dès cette époque, des bruits laryngés expiratoires qui dans la suite pourront revêtir un caractère particulier.

« Les secousses musculaires peuvent, pendant assez longtemps, rester localisées aux muscles de la face, mais sous l'influence de causes toujours difficiles à préciser, de même d'ailleurs que celles qui ont présidé à l'éclosion des premiers tics, les mouvements se généralisent, notamment aux muscles des épaules et des membres supérieurs.

« L'enfant hausse alternativement l'une et l'autre épaule, porte le tronc à droite ou à gauche tout d'une pièce, agite ses bras et ses mains et, à un degré plus avancé, se courbe en avant ou en arrière, saute sur place, frappant du pied, fléchissant alternativement l'un et l'autre genou.

« Les muscles du larynx participent parfois, eux aussi, au fonctionnement anormal des mucles de la face, du tronc et des membres; il s'ensuit que nombre de tiqueurs émettent, en coïncidence le plus souvent avec une secousse du tronc et des membres, un bruit rapide, expiratoire (*hem*, *ouh*, *ah*), inarticulé.

« Les choses peuvent en rester là, mais parfois, lorsque le sujet avance en âge, généralement quelques mois ou quelques années après le début des secousses musculaires de la face ou des membres, ce bruit inarticulé peut se formuler, revêtir une allure spéciale et devenir de ce fait en quelque sorte pathognomonique.

« Un jour, sous l'influence de causes impossibles à apprécier dans la plupart des cas, on entend le tiqueur émettre à haute voix, d'une façon toujours brève, un mot, une courte phrase, qui dans l'espèce ont un caractère véritablement spécial, car ils comportent une signification ordurière... Ces mots, ces phrases sont émis à haute voix sans aucune retenue. C'est donc avec une véritable inconscience morale que sont émises les interjections coprolaliques ; il existe au moment de leur émission une *impulsion psychique* irrésistible qui pousse le sujet à proférer des mots orduriers, sans retenue, sans le moindre respect humain.

« A côté de la coprolalie se place un autre stigmate psychique

qu'on observe également, mais avec une fréquence moindre, l'écholalie. »

Charcot, puis M. G. Guinon, ont ajouté à ce tableau quelques symptômes nouveaux qui font ressortir encore la bizarrerie de ce syndrome. En plus de la coprolalie et de l'écholalie, les malades atteints de la maladie des tics sont poussés à imiter les gestes, les mouvements exécutés devant eux.

« Ce phénomène, qui se rencontre assez fréquemment, a été désigné par M. Charcot sous le nom *d'échokinésie*. De tous les mouvements accomplis en leur présence, ce sont les grimaces de la face qui sont le mieux et le plus sûrement imitées. Presque toujours le patient est plus ou moins porté à reproduire les grimaces. Mais souvent ce n'est qu'une sorte de propension, n'allant pas jusqu'à l'exécution. Il a simplement envie d'imiter, mais il n'imite pas. Dans d'autres cas, l'imitation est presque toujours certaine, surtout si la grimace que l'on fait devant lui est inattendue. En ce qui concerne les gestes des membres, s'ils sont peu compliqués et peu étendus, ils seront imités, mais moins souvent que les grimaces. S'il s'agit de gestes tels que se gratter le nez, la joue ou quelque partie du corps, se baisser comme pour ramasser quelque chose, la reproduction peut en être complète. » (G. Guinon[1].)

On peut rapprocher de ces faits les observations de *latah* rapportées par O'Brien[2] des îles malaises : « Sur un navire, un latah tenant son enfant dans ses bras voit un matelot qui, par dérision, prend une bûche et se met à la bercer comme on fait d'un enfant. Aussitôt le latah berce son enfant. Le matelot lâche sa bûche et la jette sur le pont : le latah en fait autant et laisse tomber l'enfant. » (Guinon.)

Comme l'écholalique qui répète ses propres paroles, l'échokinésique, lorsqu'il se regarde dans un miroir, imite ses propres mouvements.

Il est évident que ces deux phénomènes se ressemblent beaucoup et sont certainement de même nature.

M. Marie a désigné sous le nom *d'échomatisme* un état spécial

[1] G. Guinon. — Maladies des tics convulsifs. *Revue de médecine*, 1886.

[2] O'Brien. — *Journ. of the straits, branch, of the royal Asiatic Society.* Singapour, juin 1883.

dans lequel peut être mis un sujet hypnotisé par la pression de la main sur le vertex pendant le somnambulisme. Dans la phase somnambulique du grand hypnotisme, les malades répètent tous les mots, toutes les phrases prononcées devant eux, même dans une langue étrangère, et reproduisent tous les mouvements les plus complexes qui sont accomplis devant eux, tout comme les écholaliques et les échokinésiques.

Telle est la maladie des tics convulsifs. Mais il s'en faut que tous les malades qui en sont atteints présentent tous les symptômes que nous venons d'énumérer et suivent la marche progressive qui a été indiquée. L'évolution des accidents, qui est la caractéristique du syndrome, ne se produit pas toujours d'une façon identique. Il y a de nombreuses variantes dans celle-ci, de même que dans la succession et dans l'intensité des phénomènes moteurs et mentaux.

« Considérons plusieurs tiqueurs adultes, disent MM. Meige et Feindel, le premier a un tic oculaire et c'est pour la vie entière, le second a et n'a jamais eu qu'un tic de l'épaule et du bras, un troisième cligne de l'œil et tord la bouche en pousant un cri, enfin ce dernier est un coprolalique, qui n'a jamais tiqué.

« Dira-t-on que chacun d'eux représente un cas fruste de la maladie des tics convulsifs? Ce serait à la fois méconnaître les caractères d'un syndrome judicieusement isolé et se refuser à décrire les tics tels qu'on les voit journellement. Ceux-ci, en effet, revêtent d'autres aspects cliniques dont l'existence prouvée par l'observation ne saurait atténuer la valeur de celui qu'a fait connaître M. Gilles de La Tourette.

« Il convient donc de réserver le nom de maladie de Gilles de La Tourette aux seuls cas de tics dont l'évolution progressive aboutit à la généralisation des accidents convulsifs et qui peuvent s'accompagner de coprolalie, parfois d'écholalie. Cette forme clinique représente le degré le plus élevé que puissent atteindre les tics : c'est, si l'on veut, l'*apogée des tics*[1]. »

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Loc. cit.*

VIII

SYMPTÔMES ACCESSOIRES

A. — *Réflexes.* — L'examen des réflexes chez les tiqueurs n'a été pratiqué que ces dernières années et c'est surtout à M. Babinski et à M. Meige qu'on doit les quelques notions que l'on possède sur les troubles relatifs de la réflectivité dans les tics. Cependant les réflexes ont été examinés dans presque tous les cas d'idiotie avec tics, dont M. J. Noir a donné les observations dans sa thèse ; ils ont toujours été trouvés normaux, sauf dans un cas où ils étaient exagérés, ce qui n'avait d'ailleurs pas modifié l'allure clinique des mouvements.

On peut d'ailleurs admettre à priori qu'il peut y avoir des troubles réflexes dans les tics, ceux-ci pouvant être associés à une maladie organique du système nerveux et, dans ce cas, c'est à cette dernière qu'il faut rattacher la réflectivité anormale.

Chez un malade de M. Meige, examiné par M. Babinski, on trouve une certaine exagération des réflexes rotuliens des deux côtés, une faible augmentation du réflexe du biceps brachial droit, une légère flexion de la cuisse sur le tronc. Malgré ces constations, M. Meige dit « qu'il semble difficile d'admettre l'existence d'une lésion irritative. Et, bien qu'il s'agisse d'une affection datant de dix ans et ayant provoqué des accidents convulsifs assez accentués, on ne peut guère concevoir qu'une lésion matérielle ait pu réaliser un tel syndrome clinique sans qu'au bout d'un aussi long temps on n'ait vu se produire des troubles plus graves de la réflectivité, des atrophies musculaires ou d'autres troubles trophiques. »

Et cependant la constation bien nette de réflexes anormaux *permanents* a une grande importance au point de vue diagnostique. Elle permet de supposer qu'il existe une lésion organique du système pyramidal et ces troubles réflexes sont un des principaux éléments de diagnostic entre le tic et le spasme.

Celui-ci devient d'autant plus difficile que les troubles moteurs sont localisés à un seul côté.

M. Destarac[1] a publié le cas d'une jeune fille que nous avons pu examiner avec M. Gilbert Ballet et M. Meige, et qui présentait précisément cette localisation limitée rappelant celle des affections par lésion matérielle des voies pyramidales : torticolis droit, spasme de la bouche, crampe des écrivains et tic clonique du pied du même côté ; avec cela, réflexes rotuliens exagérés, clonus du pied, signe des orteils des deux côtés. Et cependant, malgré ces symptômes qui devraient permettre d'affirmer une lésion du faisceau pyramidal, le tableau clinique, en ce qui concerne en particulier le torticolis et le tic du pied, ne ressemblait pas à celui d'une maladie organique. Les mouvements, les attitudes de la malade rappelaient, au contraire, ceux que l'on observe chez les tiqueurs. C'est dire combien l'interprétation de certains cas est difficile et on doit toujours penser, aussi bien dans les tics que dans les névroses, à la possibilité d'une association organique. « Il faut compter aussi, disent MM. Meige et Feindel, avec les formes mixtes où la réaction motrice participe à la fois du spasme et du tic ; on peut admettre alors que le trouble fonctionnel est accompagné d'une lésion matérielle (primitive, concomitante ou secondaire), qu'une modification anatomique soit non plus la cause, mais la conséquence d'un acte moteur réitéré plus que de raison. »

Quoi qu'il en soit, les troubles de la réflectivité sont exceptionnels chez les tiqueurs, et tous les malades, ou presque tous, dont les mouvements présentent les caractères que nous avons énumérés et qui, de plus, ont l'état mental spécial dont nous allons parler, ont des réflexes normaux.

B. — Troubles vaso-moteurs ou sécrétoires. — Il est fréquent de les constater chez les tiqueurs, mais ils présentent quelques différences avec ceux que l'on observe chez la plupart des névropathes.

Comme nous essayerons de l'établir, les tiqueurs sont des émotifs et, en cette qualité, ils sont sujets à toutes les manifestations vasomotrices que peut provoquer l'émotion. Il est ainsi fréquent de constater chez les tiqueurs des poussées de rougeur et nous verrons que

[1] Destarac. — *Communication à la Société de neurologie de Paris* (16 juin 1901).

quelquefois la peur de rougir (ereuthophobie de Pitres et Régis) est la cause de certains gestes destinés à cacher cette rougeur qui, eux-mêmes, par la répétition et l'habitude peuvent devenir des tics. Les troubles sécrétoires, comme la sueur, existent aussi très souvent chez les tiqueurs et reconnaissent la même cause émotionnelle.

« Le jeune J..., M. S..., M. P... transpirent abondamment. Le plus léger exercice, pour peu surtout qu'il demande un effort d'attention, provoque une véritable poussée de sueur. Aussi ont-ils presque toujours leurs mouchoirs à la main, et à chaque instant on les voit s'éponger le front ou les tempes. Ce geste est devenu chez eux une habitude, un tic qui se manifeste alors même que la transpiration n'a pas lieu. » (Meige et Feindel.)

C. — Troubles de la sensibilité. — Les malades atteints de tics ne présentent pas d'une façon générale des troubles objectifs de la sensibilité. Ils se plaignent cependant souvent d'une sensation de gêne, de fatigue, de courbature plus ou moins persistante. Ils éprouvent aussi dans les muscles atteints de tics des tiraillements qui siègent soit dans le muscle lui-même, soit dans les articulations dont les mouvements sont le plus souvent renouvelés. Ce n'est que très exceptionnellement que les tiqueurs accusent de véritables douleurs ; lorsque celles-ci existent, elles ne sont pas aiguës, mais sourdes, confuses.

Il faut d'ailleurs accepter avec réserve les plaintes des tiqueurs en ce qui concerne leurs manifestations douloureuses qu'ils ne peuvent pas le plus souvent localiser ou décrire. Ils ont aussi, en raison de leur déséquilibre mental, une façon à eux de les interpréter ou de leur donner une signification pathologique absurde. C'est là souvent l'origine de nouveaux tics qui sont nés de l'idée qu'ils se font de tel ou tel symptôme de leur maladie.

On peut donc dire que presque toujours, sinon toujours, le tic est indolore.

CHAPITRE V

État mental des tiqueurs

« Pourquoi le même geste plusieurs fois répété ne prend-il pas chez tous les individus le caractère d'un tic ? »

Telle est la question, qu'à l'exemple de MM. Meige et Feindel, nous devons nous poser, puisque nous connaissons maintenant les variétés diverses de ces mouvements et de ces gestes anormaux avec leurs caractères généraux et particuliers qui permettent de les distinguer de ceux que l'on peut observer dans d'autres maladies.

« Il ne suffit pas, disent ces auteurs, pour devenir tiqueur, de réitérer plusieurs fois, et même sans raison, un mouvement si brusque soit-il ; *n'est pas tiqueur qui veut.* »

N'est pas tiqueur, en effet, le malade qui a une névralgie du trijumeau et dont la face est animée de contractions spasmodiques souvent très violentes ; n'est pas tiqueur non plus l'enfant qui, par imitation, répète les mouvements intempestifs qu'il a vu faire à d'autres personnes et que font disparaître assez vite des admonestations ; n'est pas tiqueur, enfin, l'individu qui a un clignotement des paupières sous l'influence d'un corps étranger introduit dans l'œil ou d'une légère conjonctivite et dont le prétendu tic cesse dès que l'escarbille a disparu et que l'inflammation n'existe plus.

Pour qu'il y ait tic, il faut que la cause qui a engendré les mouvements ayant disparu, ceux-ci continuent à se produire sans raison et sans but. Mais, dira-t-on, le malade aurait pu réfréner ces mouvements en faisant intervenir sa volonté. Le malheur est que le véritable tiqueur ne peut pas vouloir, et bien qu'il essaye souvent de réagir, sa volonté est impuissante, en raison d'un état psychique spécial qu'il est indispensable de connaître.

« Le tic, a dit Charcot, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence : c'est, par un côté, une maladie psychique.... ; c'est un produit direct de la vésanie[1]. »

M. Brissaud[2] a bien fait voir quelle influence avait sur les mouvements cet état mental : « Les tiqueurs dont l'intervention volontaire pourrait empêcher la convulsion sont, par malheur, de ceux chez lesquels la volonté est le plus débile : des cérébraux, des faibles. » Il ont « un état mental spécial de bizarrerie, de l'excentricité, bref, une tournure d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibration ».

MM. Meige et Feindel[3] se sont appliqués, à diverses reprises, à bien déterminer les caractères de cet état mental. L'année dernière, au congrès de Limoges, ils ont plus spécialement insisté sur certaines particularités de cette mentalité et ils en ont tiré des conclusions qui nous paraissent prêter à quelque confusion et sur lesquelles nous reviendrons.

Nous avons dit de quelle façon on pouvait appliquer aux tiqueurs la conception de M. Magnan sur la dégénérescence mentale. De par leurs stigmates physiques et aussi en raison de la diversité extrême de leurs troubles psychiques, les tiqueurs appartiennent vraiment au vaste groupe des dégénérés. Le déséquilibre mental de ceux-ci a été remarquablement mis en lumière par M. Magnan : « Ce qui prédomine dans la folie des héréditaires, dit-il, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre, non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites, d'une part, les sentiments et les penchants, d'autre part, mais encore la désharmonie des facultés entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère[4]. »

Les tiqueurs sont donc des déséquilibrés psychiques, comme ils sont des déséquilibrés moteurs.

Mais il ne faudrait pas croire que ces dégénérés, ces déséquilibrés soient toujours dépourvus d'intelligence et d'imagination. Quelques-uns, la plupart même, ont « un esprit vif, alerte, primesautier ; ils

[1] CHARCOT. — *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 124.

[2] BRISSAUD. — *Loc. cit.*

[3] MEIGE et FEINDEL. — *L'état mental des tiqueurs*, 1901.

[4] MAGNAN. — *Recherche sur les centres nerveux*, 2e série, p. 116.

ont parfois des idées ingénieuses, de l'à-propos, de l'originalité qui séduisent de prime abord ».

« Chez eux, disait Charcot, un certain nombre de marques ou stigmates psychiques, comme M. Magnan les appelle dans son enseignement, les font placer dans la catégorie des dégénérés ou autrement dit des *déséquilibrés*. Je préfère l'emploi de cette dernière dénomination par la simple raison que, fort souvent, parmi ces prétendus dégénérés on rencontre à côté de certaines anomalies psychiques, quelquefois bien effacées, des qualités intellectuelles de premier ordre [1]. »

« Ce qui frappe, ajoute à son tour M. Ballet, chez les déséquilibrés (dégénérés supérieurs), c'est moins le développement insuffisant que le développement inégal des facultés. Dans son ensemble l'intelligence est suffisante, on peut même relever des aptitudes remarquables, aux arts, par exemple, à la littérature, à la poésie, plus exceptionnellement aux sciences. Les individus de ce groupe ne font pas seulement figure dans la société, ils y font parfois bonne figure ! On en trouve beaucoup parmi ceux que l'on tient pour des gens de talent et même parmi ceux qu'on qualifie d'hommes de génie ; mais on est surpris de constater qu'à côté de facultés éminentes il y en a qui sont restées embryonnaires ; l'intelligence présente des lacunes et des trous. Ce sera, par exemple, chez un musicien ou un poète, l'inaptitude absolue aux mathématiques ou au calcul ; ou bien le développement remarquable de la mémoire, de la faculté d'élocution contraste avec le manque absolu de jugement. D'autres fois, les facultés intellectuelles seront, dans leur ensemble, pondérées et même brillantes, mais on constatera un manque plus ou moins complet de sens moral. »

« Ces mêmes anomalies psychiques se rencontrent chez les tiqueurs qui appartiennent, d'ailleurs, pour la plupart, au groupe des *dégénérés*, dits *supérieurs*, ou *déséquilibrés simples* [2]. »

A ce déséquilibré des fonctions psychiques sur lequel, nous le voyons, tous les auteurs sont d'accord, MM. Meige et Feindel ont voulu ajouter une autre anomalie mentale, celle-là, d'après eux,

[1] CHARCOT. — *Leçons du mardi*, 23 octobre 1888.

[2] G. BALLET. — État mental des dégénérés, *Traité de médecine*, vol. VI, p. 1158.

caractéristique, pathognomonique même de l'état mental du tiqueur.

« Un caractère, disent-ils, sur lequel il ne nous semble pas qu'on ait suffisamment insisté et dont la constance est presque absolue, c'est que : *petits ou grands, les tiqueurs présentent l'état mental d'un âge inférieur à celui qu'ils ont en réalité.*

« Déjà, en 1825, Itard avait fait cette remarque et signalé chez ces malades une grande mobilité des idées et une légèreté d'esprit et de caractère qui n'appartiennent qu'à la première jeunesse et qui résiste aux progrès de l'âge !

« Rien n'est plus exact, et l'on peut dire que tous les tiqueurs ont un *état mental infantile :*

« Ne constate-t-on pas, en effet, normalement chez l'enfant cette absence de l'équilibre psychique que l'homme n'acquiert qu'en approchant de l'âge adulte ? Les anastomoses cortico-spinales font défaut chez le nouveau-né. Au fur et à mesure qu'elles s'établissent et se perfectionnent, les actes volontaires font leur apparition. Mais, au début, leur harmonie et leur équilibre sont loin d'être parfaits. Les interventions corticales sont ou trop faibles ou trop vives, encore mal pondérées. L'enfant a la volonté légère, instable, versatile; il a des désirs subits, des caprices passagers, il saute facilement d'une occupation à une autre, entreprend maintes besognes sans les perfectionner. Il a de brusques impatiences, de vives colères, mais de courte durée. Il est à la fois timide et imprudent, naïf et entêté ; une futilité le fait rire, la moindre contrariété le fait pleurer. Ses affections, comme ses répulsions, sont sans mesure.

« Cet état mental qui appartient en propre à l'enfance est bien aussi celui que nous avons observé chez les tiqueurs. Un retard, parfois même un arrêt dans le perfectionnement des actes volontaires, tandis que se poursuit l'évolution corporelle et psychique, telle paraît être la principale raison de leur déséquilibre mental [1]. »

Ce qui domine donc pour ces auteurs dans l'état mental du tiqueur « c'est sa grande ressemblance avec celui des jeunes enfants, c'est la persistance, malgré les progrès de l'âge, d'une manière d'être qui n'appartient qu'à l'enfance ». D'où le nom d'*infantilisme*

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Les tics*, 1902.

qui, pour eux, est la caractéristique de la tare mentale du tiqueur et qui revient à chaque instant dans leurs descriptions de son état psychique.

Cette assimilation de l'état mental du tiqueur avec l'état mental de l'enfance n'est pas, croyons-nous, d'une exactitude absolue.

Assurément, le tiqueur a certains des caractères de la psychicité de l'enfant, notamment : l'émotivité, la versatilité, l'aboulie, l'impulsivité. Mais il n'a que ceux-là et non pas les autres. Il suffit de lire les très remarquables observations de MM. Meige et Feindel et plus spécialement l'auto-observation si suggestive à tous les points de vue de M. O..., qui sert de préface à leur dernier ouvrage sur les tics, pour constater que souvent, le plus souvent, pourrait-on dire, leur intelligence, leur instruction, leur finesse d'esprit, leur jugement, leur entente des affaires, etc., sont ceux, non pas d'enfants, mais d'hommes, voire même d'hommes supérieurs.

L'état mental des tiqueurs ne rappelle donc celui de l'enfant que par certaines particularités plus marquées d'ailleurs chez ceux-là que chez celui-ci.

Cela suffit déjà à montrer que l'assimilation n'est pas complètement exacte et que, pour être conservée, elle devrait être au moins accompagnée de restrictions.

Mais il y a plus. Les caractères qui rapprochent l'état mental du tiqueur de celui de l'enfant, et que nous venons de rappeler après MM. Meige et Feindel, se retrouvent chez les déséquilibrés, dont la caractéristique consiste précisément dans la coexistence de ces imperfections infantiles avec une évolution intellectuelle de par ailleurs complète, souvent même au-dessus de la normale.

Si bien que, en fin de compte, on en arrive à voir que l'état mental du tiqueur est exactement et uniquement celui du déséquilibré simple, et qu'en le comparant à celui-ci, on sous-entend nécessairement la part d'infantilisme qu'il comprend et qui est plus ou moins marqué, plus ou moins effectif suivant les cas.

Dans leur tendance à voir surtout dans les tiqueurs des enfants et même des enfants gâtés, MM. Meige et Feindel ont naturellement été portés à attribuer à l'infantilisme certaines de leurs singularités relevant en réalité de la déséquilibration.

Les auteurs s'appuyant sur le fait que chez M. O..., *leur tiqueur type,* le tic de gloussement est survenu parce qu'on lui interdisait,

dans son enfance, de faire du bruit, concluent que c'est bien là un caractère d'infantilisme bien démonstratif.

« Nous autres tiqueurs, dit M. O..., nous avons un désir immodéré du fruit défendu ; c'est surtout lorsqu'il faudrait se tenir tranquille que le besoin nous prend de nous agiter, c'est quand il faut observer le silence que nous avons envie de parler. Or, quand on apprend une leçon on s'impose ou on vous impose le silence. Naturellement cette défense exaspère l'envie de parler, et comme il est défendu de le faire, on cherche à tourner la difficulté en produisant un bruit qui ne soit pas une parole. C'est ainsi que j'ai inventé mon *gloussement*.

Et MM. Meige et Feindel d'ajouter : « Quant à ce que M. O... raconte de l'origine de son tic de gloussement, cela démontre une fois de plus la réalité de l'*état mental infantile* des tiqueurs. N'est-ce pas le propre des enfants, des enfants gâtés, que de vouloir faire précisément ce qu'on leur interdit au moment même où on leur défend la chose ?

« Nous aurons plus d'une fois à constater cet état d'esprit, ce besoin de contradiction, de résistance si fréquent chez les enfants mal élevés dont la réflexion et la raison arrivent à triompher avec l'âge chez les sujets normaux, mais qui persiste, au contraire, chez les tiqueurs malgré la marche des années. Si bien que par maints côtés de leur caractère ils *semblent n'être que de grands enfants* [1]. »

Nous estimons que le fait est passible d'une autre explication.

Les déséquilibrés, en particulier les déséquilibrés obsédés, sont très souvent poussés à faire non seulement juste le contraire de ce qu'on leur dit, mais aussi le contraire de ce à quoi ils pensent et de ce qu'ils voudraient faire. Ainsi un obsédé pieux qui veut prier aura un blasphème à l'idée ou à la bouche ; un autre qui voudra sourire, grimacera ; un troisième dira un mot opposé à celui qu'il voudrait énoncer ; un dernier, enfin, sera dominé par l'idée de tuer la personne qu'il aime le plus, etc., etc.

Cette tendance *au contraire*, *au contraste,* signalée par les Allemands, notamment par Krafft-Ebing, et sur laquelle MM. Pitres et

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Les tics : Les confidences d'un tiqueur.* Juillet 1902.

Régis [1] insistent tout particulièrement, paraît être une sorte de loi chez beaucoup de déséquilibrés obsédés ; il semble que, chez eux, l'image d'une tendance évoque immédiatement sous une forme impérative la tendance contraire, opposée, antagoniste.

Voilà pourquoi, suivant nous, et non parce qu'il a un état mental infantile, le tiqueur fait le contraire de ce qu'on lui dit et de ce que sa raison, son intelligence lui suggère de faire, mais qu'il ne peut arriver à accomplir. Cela est tellement vrai que M. O..., ce subtil observateur de lui-même, et auquel rien n'échappe, a parfaitement indiqué cette tendance involontaire et innée, dont *il est lui-même l'auteur et la victime,* à prendre le contre-pied de tout ce qu'on lui dit, voire même de ce qu'il pense, et à ce qu'il appelle fort justement des *antinomies absurdes.*

Au surplus, répéter que la caractéristique de l'état mental du tiqueur est essentiellement l'infantilisme, c'est non seulement, comme nous venons de le voir, consacrer une inexactitude au moins partielle, mais c'est encore favoriser une erreur et créer une confusion.

C'est favoriser une erreur, en effet, car c'est laisser croire à ceux surtout qui ne sont pas absolument familiarisés avec la psychiatrie que les tiqueurs sont, non pour tel ou tel point du caractère, mais au point de vue du développement général de l'intelligence, de véritables enfants, ce qui nous paraît ne pas être exact.

C'est aussi, nous semble-t-il, créer une confusion, car l'infantilisme vrai, c'est-à-dire l'immobilisation du développement cérébral et même physique, à une époque quelconque de l'enfance, existe réellement, notamment dans le myxœdème et le crétinisme dont c'est là précisément la caractéristique. Parler d'infantilisme à propos des tiqueurs, même en tenant compte du degré, c'est donc détourner de sa signification cette dénomination qui a un sens précis et s'applique à des états pathologiques déterminés.

Pour toutes ces raisons nous estimons qu'il conviendrait de ne pas trop insister sur l'infantilisme mental des tiqueurs et qu'il suffit de dire et de montrer, comme l'ont si bien fait Charcot et dernièrement M. Ballet, que la psychicité du tiqueur est celle du dé-

[1] PITRES et RÉGIS. — *Les obsessions et les impulsions.* Paris, O. Doin, 1902.

généré à tous les degrés, mais surtout du dégénéré supérieur, du déséquilibré.

Essayons donc d'établir les symptômes, les anomalies psychiques constituant ce déséquilibre mental qui est le propre du tiqueur.

MM. Meige et Feindel ont très judicieusement fait ressortir les troubles de la volonté chez les tiqueurs. « C'est d'un déséquilibre de la volonté que dépend le déséquilibre des fonctions motrices », disent-ils, très justement. Celle-ci ne fonctionne pas normalement et elle peut être troublée de différentes façons : par excès, et on constate chez les tiqueurs des désirs soudains, des caprices impérieux ; par défaut, et alors ces mêmes désirs ne peuvent plus être réfrénés, la variabilité des idées est excessive et la persévérance nulle. Ces modifications opposées et souvent simultanées de la volonté du tiqueur ont pour conséquence la déséquilibration psychique.

Les troubles de la volonté par faiblesse de celle-ci se manifestent par une débilité volontaire extrême : la moindre difficulté déconcerte les malades et ils sont dans l'impossibilité de faire un effort, de surmonter un obstacle.

« Les tiqueurs sont mous, légers, versatiles, et cependant fougueux, violents, irascibles. Ils ne savent pas vouloir ; ils veulent trop ou trop peu, trop vite et pour trop peu de temps. En somme, ils ont tous *une volonté débile* et instable. » (Meige et Feindel.)

En raison de cette débilité volontaire, l'attention est diminuée. M. G. Guinon a bien fait voir que cette faiblesse de l'attention volontaire chez les tiqueurs était la conséquence de leur instabilité mentale.

« Il est impossible d'attacher l'attention d'une façon suivie à un sujet quelconque. Ils sautent continuellement d'une idée à une autre et oublient aussi vite une occupation qu'ils ont mis de rapidité et d'empressement à s'y appliquer.

« La diminution de l'attention volontaire, dit encore M. Guinon, se constate très facilement dans une opération à la fois intellectuelle et physique, il est vrai, mais très ordinaire et faisant partie intégrante de la vie habituelle d'un homme. Les malades, quand ils sont assez gravement atteints, deviennent absolument incapables de lire. On les voit faire un effort pour concentrer fortement leur attention, ce qui amène une diminution immédiate des tics. Mais ils ne peuvent lire les lignes et les mots à la suite comme tout le monde. Leurs yeux sautent brusquement d'une ligne à l'autre sans ordre et, après

bien des essais infructueux, ils sont obligés de rejeter le livre qu'ils avaient tenté de lire. Il existe là une impossibilité à peu près complète de l'attention volontaire. »

M. Dubois (de Saujon)[1] a tout dernièrement insisté sur les troubles de l'attention chez les tiqueurs. Il cite le cas d'un de ses malades qui explique bien ses impressions lorsqu'il doit faire un effort d'attention le plus souvent pénible.

« ..... Je suis affolé quand j'ai plusieurs choses à faire qui demandent chacune une minute d'attention, je ne sais par où commencer et bien souvent je ne fais rien. Ayant toujours mille idées à la fois, la conversation me fatigue, m'agace, parce qu'elle dérange le travail maladif auquel s'adonne constamment mon esprit. Il en est de même des bruits extérieurs, ils opèrent une distraction, ils me font perdre l'enchaînement d'idées stupides, d'où énervement se traduisant par des tics. L'interlocuteur qui procède par questions m'est odieux, parce qu'il tient mon esprit en éveil ; au contraire, le bavard qui raconte une histoire sans m'obliger à lui répondre m'est indifférent, parce que je ne le suis que de loin. »

Le tiqueur a très souvent *des mouvements d'impatience*. Celle-ci se manifeste par la hâte qu'il apporte à tous les actes de la vie.

« A la hâte il engloutit ce qu'on lui sert, ne prenant pas le temps de mâcher, et dès que son assiette est vide il quitte la table pour circuler dans la maison. Puis il revient au plat suivant, l'avale avec la même précipitation, s'impatiente s'il n'est pas de son goût ou si le service a quelque retard, se lève encore, fait un tour, reparaît exigeant que chacun se presse, trouvant toujours que le repas dure trop longtemps. » (Meige et Feindel.)

Il ne peut garder l'immobilité et à tout instant il remue soit le bras, la main, la jambe, le pied et il fatigue son entourage par une agitation continuelle. Tous ces mouvements d'impatience ne sont pas des tics, mais ils peuvent le devenir. Ce sont des « graines de tics ».

L'affectivité des tiqueurs n'est pas moins désordonnée. Ils ont des sympathies et antipathies excessives et irraisonnées.

« Ils ont parfois la crainte ou la répulsion de certaines personnes, *véritables phobies*, et inversement on observe chez eux des ten-

[1] Dubois (de Saujon). — *Bulletin de l'Institut psychologique*, 1902.

dresses excessives, des *philies,* si l'on peut ainsi parler, dont la *zoophilie* est une des plus caractéristiques. »

Nous avons vu qu'il pouvait exister chez les enfants en particulier dont les idées sont instables, variables, des *tics variables* dont nous avons fait voir la similitude et les divergences avec la *chorée variable.* Il peut inversement se faire que, lorsque avec les progrès de l'âge, certaines idées prennent de la prépondérance, les phénomènes moteurs à leur tour se localisent et se fixent.

C'est lorsque cette localisation du tic s'est effectuée qu'on peut voir se greffer sur celui-ci des troubles mentaux surajoutés qui à leur tour peuvent être l'origine de nouveaux tics.

Tics et obsessions. — 1° Les *idées fixes,* les *obsessions,* les *phobies* peuvent accompagner les phénomènes moteurs du tic et compliquer encore l'état mental du tiqueur.

MM. Meige et Feindel insistent avec raison, dans maints endroits de leurs travaux, sur les analogies psychiques du tic et de l'obsession et en font voir les caractères nosologiques communs, en particulier l'*émotivité* et l'*irrésistibilité.*

« Les tiqueurs sont des *émotifs,* disent-ils, et, comme leur volonté, leur émotivité manque aussi d'équilibre. Le moindre changement dans leurs habitudes les déconcerte ; un fait, un mot, un regard imprévus suffisent à les troubler. Ils sont timides à l'excès, perdent toute contenance dès qu'ils se sentent observés. » (Meige et Feindel.)

Pour être dans le vrai, il faudrait ajouter que les tiqueurs ne sont pas seulement des émotifs, mais que l'émotivité joue peut-être, plus encore que la volonté, un rôle important dans la genèse de leurs tics ; absolument comme chez les obsédés dont le trouble mental est, d'après MM. Pitres et Régis, non pas une maladie de la *volonté,* comme MM. Meige et Feindel le font dire à tort encore à l'un deux, mais une maladie de l'*émotivité.*

« La meilleure preuve, en effet, disent MM. Pitres et Régis, que l'on puisse donner de la priorité et de la prépondérance de l'émotion dans l'obsession, c'est qu'elle en est l'élément constant et indispensable. Prenez une obsession quelle qu'elle soit, impulsive ou idéative, l'obsession doute ou l'obsession homicide par exemple : supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouvent, et vous n'avez plus d'obsession. Par contre, prenez une obsession quelconque et enlevez-en l'idée fixe ou la tendance impulsive, ne laissant que l'anxiété, l'an-

goisse, et vous avez encore l'obsession dans son fondement, dans son essence. Tels sont ces états d'anxiété *diffuse* qui ne se précisent pas ou qui ne se précisent que d'une façon momentanée et, comme dit Ribot, au hasard des circonstances. Il peut donc y avoir obsession, au sens large du mot, sans idée fixe et sans impulsion, il n'y en a pas sans émotion, et dans tout état obsédant on retrouve, plus ou moins marqués, les phénomènes constitutifs de l'émotivité pathologique, en particulier les phénomènes vaso-moteurs.

« Autre preuve encore. Il est des obsédés, et ils sont nombreux, chez lesquels l'objet de l'obsession est multiple ou se modifie, s'il est unique. Les uns, par exemple, ont commencé par la phobie de la rage; plus tard, ils ont la phobie de la malpropreté, puis celle des pièces de monnaie, etc., etc. D'autres ont, à la fois, en même temps plusieurs obsessions. Or, ce qui varie chez eux, soit successivement, soit simultanément, c'est le phénomène intellectuel, sentiment ou idée; ce qui ne varie pas, ce qui reste *immuable et constant,* c'est le *phénomène émotif,* c'est l'*anxiété*...

« Notons enfin que si l'émotion n'était qu'une réaction de l'idée fixe, son intensité devrait nécessairement être en raison directe de l'intensité de cette dernière. Or, c'est le contraire qui est plutôt vrai, car on peut dire en thèse générale que les symptômes émotionnels s'atténuent dans l'obsession au fur et à mesure qu'elle tend à s'intellectualiser.

« L'obsession est donc, comme l'avait vu Morel, un état morbide foncièrement émotif[1]. »

Il en est de même pour les tics qui ont les mêmes caractères émotionnels, et il ne faut pas voir seulement dans les tiqueurs des mentaux, mais aussi et surtout des émotifs, et dans leurs accès moteurs non seulement des accès par idées et avec idées, mais aussi des accès par émotion et avec émotion.

M. Séglas a décrit d'une façon remarquable les stigmates psychiques des obsédés.

« Ceux-ci, dit-il, se résument dans un développement inégal, un manque d'harmonie d'équilibre entre les facultés. Ces individus

[1] Pitres et Régis. — *Séméiologie des idées fixes et obsessions.* Congrès de Moscou, 1897. — *Les obsessions et les impulsions,* 1902.

sont intellectuellement des êtres partiels, incomplets, déséquilibrés. Ils peuvent avoir une mémoire prodigieuse mais ne peuvent arriver à fixer leur attention. Mobiles et distraits, leur instabilité mentale est parfois extrême.

« En même temps ils sont abouliques, apathiques, avec des accès de grande excitabilité, des emballements inexplicables. Ce sont des originaux, des excentriques, des rêveurs d'imagination déréglée, à tendances romanesques. Enfin, ce sont des *émotifs*, des timides sensibles à l'excès, impressionnables et susceptibles, égoïstes et orgueilleux.

« Voilà les vrais stigmates de cette constitution psychopathique qui représente un terrain favorable au développement possible, mais non fatal, des accidents psychopathiques à forme d'obsession[1]. »

Ce sont bien là aussi, nous l'avons vu, les caractères de l'état mental du tiqueur.

On peut comparer de même la symptomatologie des deux syndromes.

Dans l'un comme dans l'autre, l'*irrésistibilité* est la même.

Dans le tic comme dans l'obsession, notamment dans l'obsession impulsive, il y a tendance au *dédoublement de la personnalité,* c'est-à-dire à la création d'une synthèse mentale secondaire, d'un second moi agissant automatiquement à côté de l'autre. Le tiqueur type de MM. Meige et Feindel, M. O..., a analysé en fin psychologue cette dissociation de sa personnalité.

« Il y a en moi deux hommes : le tiqueur et le non-tiqueur ; le premier est le fils du second : c'est un enfant terrible qui cause de grands soucis à son père. Celui-ci devrait sévir, mais le plus souvent il n'y parvient pas et reste l'esclave des caprices de sa progéniture. Chose singulière que ce *dédoublement de moi-même,* qui me permet d'assister à l'éclosion et au dédoublement de mes tics. J'en suis en même temps l'acteur et le spectateur. Et le pire est que les justes récriminations de celui-ci ne peuvent contrecarrer les débordements de celui-là[2]. »

Ne peut-on comparer et superposer cette auto-observation de

[1] Séglas. — *Les obsessions.* Leçon faite à la Salpêtrière le 28 janvier 1894.

[2] Meige et Feindel. — *Confidences d'un tiqueur.*

M. O... à celle d'un malade agoraphobe de M. Séglas qui dit : « Au bout de quelques pas, il me semble que je me dédouble. Je perds conscience (*sic*) de mon corps qui est comme en avant de moi. Je marche, j'ai bien conscience que je dois marcher, mais je n'ai pas conscience de ma propre identité, que c'est moi qui marche. Je fais des efforts pour me prouver que c'est bien moi et souvent il me faut interpeller un passant, entrer dans un magasin pour parler, demander quelque chose, afin de me donner une nouvelle preuve que je suis réellement bien moi. »

Cette tendance au dédoublement de la personnalité s'accentue dans le tic comme dans l'obsession devenus chroniques. M. Morel et M. Magnan ont précisément comparé l'obsession chronique à un tic.

« Ils (les obsédés) ne se gênent pas plus devant les étrangers que devant leurs familles pour se livrer à des actes ridicules qui les font passer pour des excentriques, pour des *hommes à tic*[1]. »

« D'autres fois, le syndrome n'a d'autre terminaison que la mort même du malade, non pas que le syndrome lui-même soit susceptible de la provoquer, mais parce que s'incorporant d'une façon définitive à l'existence mentale des sujets, il les accompagne jusqu'à leur fin à la *manière d'un tic chronique,* d'une infirmité incurable [2]. »

Qui dit obsession dit lutte : de même qu'il y a révolte de l'obsédé contre l'idée qu'il ne peut chasser, il y a révolte du tiqueur contre le mouvement anormal qu'il ne peut empêcher. Cette lutte, cette révolte s'accompagnent d'anxiété, d'angoisses, dans les deux cas, et se terminent par un sentiment de *satisfaction,* de *détente* physique et morale, ou plus justement, comme le disent MM. Pitres et Régis, d'*apaisement consécutif.*

« Le malade, dit M. Guinon, est poussé d'une façon invincible à former son idée, à accomplir son mouvement ou son acte. En outre, si la volonté ne cède pas, si les idées, les mouvements trouvent un obstacle à leur formation, à leur exécution, il en résulte un sentiment d'angoisse. Au contraire, s'ils trouvent la voie libre devant eux, s'ils peuvent se donner carrière, le malade en éprouve immédiatement un sentiment très vif de satisfaction. »

[1] MOREL. — Du délire émotif. *Archives générales de médecine,* 1866.

[2] MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés,* 1895, p. 164.

2° Les tics n'ont pas que des *analogies* avec les obsessions : ils peuvent aussi *s'associer* à elles.

Cette association comporte des modalités multiples et variées qu'il nous paraît intéressant de préciser.

Elle doit être envisagée tout d'abord suivant qu'elle se produit dans la *famille* ou chez l'*individu*.

I. — *Il est fréquent de rencontrer dans une même famille le tic et l'obsession,* divers de ses membres étant atteints soit de l'un soit de l'autre syndrome.

Nous avons bien des fois observé le fait pour notre part, et G. Flatau[1], qui l'a tout spécialement signalé, a rapporté trois cas de ce genre : deux dans lesquels des malades atteints de tics avaient des mères obsédées et un dans lequel, à l'inverse, une malade obsédée avait une mère et une sœur atteintes de tics. L'auteur voit là la preuve d'une corrélation évidente entre le tic et l'obsession.

Nous pensons que ces cas sont plus fréquents encore qu'on ne croit, ainsi qu'on pourrait s'en convaincre en les recherchant et en les observant mieux.

II. — L'association du tic et de l'obsession peut se rencontrer non seulement dans la même famille, mais *chez le même individu*. Divers auteurs : Charcot, Freud, Gilles de La Tourette, Guinon, Oppenheim, Jolly, Bressler, Brissaud, Meige et Feindel, Sciamanna, etc., ont signalé le fait. Mais ils ne l'ont guère que signalé, sans insister spécialement.

Plusieurs cas peuvent se présenter dans cette association :

A. — Le premier est celui dans lequel le tic et l'obsession ont chez le même sujet une *existence propre, indépendante, c'est-à-dire sans rien de commun entre eux :* soit que le tic et l'obsession surviennent chez l'individu à des *moments différents de son existence*, se succédant à des intervalles quelconques ou, au contraire, immédiatement dans une sorte d'alternance, soit que *le tic et l'obsession coexistent au même moment* chez l'individu, mais sans lien entre eux.

Nous avons observé des cas de ces différentes modalités.

Comme exemple de la première, celle dans laquelle le tic et l'ob-

[1] G. Flatau. — Rapports entre le tic général et les obsessions. *Centralblatt. für Nervenheilkunde und Psychiatrie,* 1901.

session se succèdent chez l'individu à des moments différents, nous citerons le cas d'un de nos malades âgé de vingt-cinq ans, fils d'une mère névropathe et obsédée (claustrophobie) et qui, atteint lui-même depuis l'âge de onze ans d'une série d'obsessions phobiques (phobie de la mort subite par arrêt du cœur — agoraphobie, — phobie verbale de timidité) a présenté également des tics de la face dans les intervalles de ses accès d'obsession phobique, comme si l'un des syndromes pathologiques en disparaissant faisait place à l'autre.

Un cas observé récemment par M. Régis vient prouver la coexistence au même moment du tic et de l'obsession sans que ceux-ci aient rien de commun, sans qu'ils soient influencés l'un par l'autre. Il s'agit d'une malade âgée de vingt-neuf ans, mariée depuis deux ans, fille d'un père mort fou et interné, ayant eu un frère également mort dans un asile, après seize ans d'internement, et qui elle-même de tempérament nerveux, impressionnable, a présenté divers accidents de petite hystérie. Elle est atteinte depuis longtemps déjà de tics de la face (mouvements brusques de l'aile du nez et des lèvres). Indépendamment de ce tic ancien, il en est survenu un autre depuis quelques mois qui consiste en mouvements cloniques de la tête, qui s'agite soit latéralement (tic de hochement), soit de bas en haut. La malade explique que ces mouvements sont produits par une sensation de gêne provenant de son chapeau, surtout de son épingle à chapeau, et que c'est sous l'influence de l'agacement produit par cette sensation qu'elle exécute ces mouvements, comme pour se débarrasser de cette gêne. En même temps, et depuis l'âge de dix-sept ans, la malade est plus ou moins sujette à des obsessions. La première a consisté dans l'obligation où elle se trouvait de ramasser tous les bouts de papier épars çà et là, depuis qu'un jour elle avait trouvé 30 francs dans un morceau de papier. Puis ce fut l'idée obsédante de jeter de l'huile sur des objets de valeur, cet acte devant lui porter bonheur et la rendre riche. Elle y résiste souvent, mais elle est obligée de céder parfois, comme ce jour où elle jeta une burette d'huile sur un canapé. Elle éprouvait une détente, une sensation de soulagement après l'exécution de cette obsession. Actuellement, et depuis quatre mois, à la suite d'un ennui, obsession à la fois phobique et impulsive du suicide par pendaison. Tandis qu'en effet elle se sent poussée à se pendre, idée

qui l'obsède et l'angoisse, elle a peur d'être entraînée au suicide malgré elle et elle évite soigneusement la vue de tous les objets, tels que cordes, clous, poutres, etc., etc., susceptibles d'éveiller son obsession impulsive.

Celle-ci la tourmente tellement que, voulant s'en débarrasser à tout prix, elle a demandé à son mari de vouloir bien la laisser se pendre, mais devant lui, de façon à ce qu'il pût intervenir et la dégager à temps, espérant que ce commencement d'exécution la guérirait de son obsession.

Les tics et l'obsession n'ont jamais eu chez la malade la moindre relation et la moindre influence de l'un à l'autre. Ils coexistent, mais de façon tout à fait indépendante.

Une particularité curieuse à signaler est la suivante : la malade n'est en rien préoccupée de ses tics, tandis qu'elle est très inquiète au sujet de ses obsessions. Aussi est-ce exclusivement pour celles-ci qu'elle vient consulter, ne parlant aucunement de ses tics, constatés par nous fortuitement. Il y a plus. Tandis qu'elle avoue ses obsessions et parle sans restrictions et en détails, devant tous les élèves de la clinique, de ses idées obsédantes de pendaison et de la lutte anxieuse qu'elle soutient à cet égard, — aveux souvent pénibles chez les obsédés — elle n'avoue qu'avec peine ses tics, se défendant d'en avoir et fournissant des explications sur la légitimité de ses mouvements.

Le tic et l'obsession peuvent donc survenir chez un individu, soit à des moments différents, soit au même moment, sans avoir rien de commun entre eux.

B. — Le second cas de l'association du tic et de l'obsession, chez l'individu, est celui dans lequel les *deux syndromes ont entre eux des relations.*

Ce cas est le plus fréquent et le plus intéressant, nous semble-t-il.

Deux situations doivent être envisagées séparément : celle dans laquelle c'est l'obsession qui donne naissance au tic et s'en complique ; celle dans laquelle c'est le tic qui donne naissance à l'obsession et s'en complique.

1° *L'obsession donne naissance au tic :*

Cette situation peut se présenter sous deux formes distinctes. Ou bien le sujet est atteint de la peur de tiquer, de l'*obsession phobique*

d'un tic ou de tics et sous l'influence de cette obsession impulsive il arrive parfois à céder et à tiquer ; ou bien le malade obsédé fait des mouvements pour se préserver de ses obsessions et lutter contre elles, c'est-à-dire comme *moyen de défense.*

Dans la première forme, on a affaire à une véritable phobie des tics se manifestant à la façon d'une obsession impulsive.

Chez la plupart des tiqueurs il en est bien ainsi, et on sait — depuis surtout que leur état mental est plus connu — que la peur de tiquer joue un rôle important dans la genèse de leurs tics, ceux-ci se produisant surtout au moment où ils ont peur et parce qu'ils ont peur de tiquer.

Mais, ce fait rappelé, nous visons ici des cas un peu différents en ce sens que chez eux, il ne s'agit pas de tics simplement accentués ou rappelés par la peur de les voir revenir dans des moments inopportuns, mais ce qui est différent, de phobie obsédante primitive des tics, arrivant aux tics quand elle n'a pu être dominée, réfrénée par la volonté impuissante, absolument comme le vol, la fugue, l'incendie et toutes les autres obsessions impulsives.

C'est là une véritable phobie des tics, une *obsession impulsive des tics,* au même titre que toutes les autres, et c'est pourquoi MM. Pitres et Régis ont fait une place à cette tendance impulsive aux tics, parmi les autres tendances obsédantes.

On pourrait citer de nombreuses observations de ce genre dans lesquelles, nous le répétons, la tendance à tiquer n'a jamais été qu'une obsession impulsive.

Cette variété morbide se caractérise — et c'est ce qui la différencie essentiellement des autres — par le fait de la priorité et de la prédominance absolue de l'obsession sur le tic qui ne s'exécute que par intervalles, surtout dans les moments où l'obsession est la plus intense et dans les moments seulement où elle n'a pu être repoussée.

Comme exemple, nous citerons le fait d'une de nos malades, très arthritique et très neurasthénique, sujette à une infinité d'obsessions impulsives (impulsion à casser, à frapper, à se suicider, à chanter, à danser, à prononcer des mots obscènes, etc.,) qui a également l'obsession impulsive des grimaces et des tics. Lorsqu'elle est en présence de quelqu'un devant qui elle voudrait surtout se bien tenir, être correcte, elle est précisément prise (toujours la ten-

dance au contraire, à l'antinomie) de la tentation de se livrer à quelque acte ridicule, extravagant, impoli, particulièrement de se placer devant ce quelqu'un et d'exécuter sous son nez des grimaces et des mouvements de tics. Elle résiste tant qu'elle peut et souvent réussit à se dominer, mais parfois elle est obligée de céder, tellement son angoisse est vive; et elle exécute alors une série de tics grimaçants, ce qui la soulage pour un temps.

Voilà une obsession impulsive aux tics.

L'observation de M. Roubinovitch [1] rentre également dans cette catégorie.

Nous pourrions citer également comme exemple ces sujets assez nombreux qui, après avoir vu tiquer un tiqueur, sont pris de la phobie impulsive de tiquer comme lui, luttent contre cette obsession, la dominent souvent, mais parfois aussi sont obligés de céder et de tiquer.

Citons enfin, comme cas similaires à ceux que nous venons de rapporter, les observations dans lesquelles, s'il n'y a pas obsession impulsive à tiquer, une obsession quelconque se traduit comme symptôme, par des mouvements de tics :

Tel celui d'un malade de M. Régis, étudiant en médecine, atteint d'obsession de la rougeur, ayant eu dans son enfance de l'onomatomanie et surtout de l'arithmomanie qui l'incitait à exécuter certains tics. Voici d'ailleurs ce qu'en dit le malade lui-même : « Pendant ma maladie, à onze ans, il m'arrivait alors de faire, à intervalles assez courts, certains mouvements : je portais, par exemple, ma main successivement et fort vite à la poche de mon veston, de mon gilet et de mon pantalon, en comptant mentalement ou quelquefois à voix basse : 1, 2, 3. Primitivement, c'était pour savoir si je n'avais pas perdu certains objets que j'avais l'habitude de mettre dans ces poches. J'étais fort ennuyé lorsque je ne pouvais pas le faire librement, par exemple lorsqu'il y avait un étranger, et j'étais ennuyé jusqu'à ce que j'aie pu arriver à le faire, bien que souvent ce mouvement ne me renseignât pas du tout sur la présence ou l'absence de ces objets. Mais quelque chose m'aurait manqué si je ne

[1] ROUBINOVITCH. — *A propos d'un cas de tics convulsifs avec mouvements par obsessions.*

l'avais pas fait. Cela se produisait cinq, six fois en un quart d'heure à certains moments, tandis que je restais quelquefois une heure sans le faire. »

Voilà des tics symptômes d'obsession, dans l'espèce des *tics arithmomaniaques,* si l'on peut ainsi parler.

Disons seulement que le plus souvent, chez ces malades, l'obsession impulsive au tic coexiste avec d'autres tendances impulsives, bizarres, ridicules, même dangereuses, ce qui marque bien qu'elle est de même nature.

Les cas dans lesquels le tic est engendré par l'obsession comme moyen libérateur ou de défense sont, sans contredit, les plus nombreux de tous ceux où les deux syndromes se trouvent associés.

Le moyen de défense, procédé libérateur, truc, etc., occupe une place importante dans le tableau clinique de l'obsession et du tic. Il n'y a pour ainsi dire pas d'obsédé qui n'ait ses trucs, ses procédés pour se défendre contre son obsession ; de même bien des tiqueurs ont leur procédé défensif correcteur qui consiste soit en une attitude, un mouvement quelconque destiné à corriger ou à empêcher le tic, et le geste *antagoniste efficace* de MM. Meige et Feindel dans le torticolis mental n'est, à notre avis, qu'un moyen de défense contre le tic pouvant devenir lui-même un nouveau tic.

M. O..., ce tiqueur désormais célèbre, fait connaître lui-même la série des subterfuges qu'il a employés pour se débarrasser de ses tics. « J'imagine, dit-il, qu'un grand nombre des mouvements que nous faisons, nous autres tiqueurs, sont, au début, parfaitement volontaires et réfléchis.

« Ils ont pour but de détourner l'attention des tics que nous avons déjà. Nous pourrions donc parfaitement les retenir ; mais peu à peu nous en prenons l'habitude, tant et si bien qu'ils deviennent de nouveaux tics surajoutés aux précédents. *Ainsi pour dissimuler un tic nous en créons un nouveau.* Certains objets deviennent pour nous de véritables PARATICS. Mon chapeau a été pour moi, par exemple, un paratic. Je m'imaginais qu'en le déplaçant sur ma tête j'arrivais à cacher tous mes mouvements baroques. J'y portais la main constamment et l'agitais dans tous les sens. Il n'y a que les chapeliers qui trouvaient à cela leur profit, car un chapeau ne me durait pas plus d'un mois à six semaines[1]... »

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Confidences d'un tiqueur.*

M. O... avait ainsi inventé une quantité de paratics. Il avait imaginé entre autres de tenir entre ses dents une plaque d'ivoire attachée par une ficelle à son pantalon.

Un autre malade de M. Meige, le jeune J..., aussi ingénieux, avait trouvé le *matelas fixateur* sur lequel il allait se coucher dans une certaine position pour corriger ses tics[1].

Et tant d'autres, cités par le même auteur, qui, soit avec des cols carcans, soit avec de véritables appareils orthopédiques, arrivaient momentanément à supprimer ou à atténuer leurs tics.

Un malade de M. Grasset se promenait dans le jardin de l'hôpital avec un bâton entre ses dents, tenant son doigt sur une des extrémités de ce bâton et maintenait ainsi sa tête qu'il pouvait encore redresser en plaçant un doigt sur son bonnet[2].

Nous-même avons cité le cas d'un malade atteint de torticolis mental qu'il corrigeait en plaçant sur son nez un lorgnon bizarre de son invention[3].

Le tic est aussi un moyen de défense, non plus contre un autre tic, mais aussi contre l'obsession. MM. Pitres et Régis dans leur récent ouvrage « Obsessions et impulsions », l'y font rentrer comme un des plus curieux et des plus importants.

Ces auteurs divisent comme on sait les moyens de défense des obsédés en : *a)* moyens destinés à prévenir les accès d'obsession ; *b)* moyens destinés à combattre les accès ; *c)* moyens destinés à atténuer ou à dissimuler les effets émotifs des accès ou à empêcher leurs conséquences. Nous pourrions, par suite, envisager les tics suivant qu'ils ont l'un ou l'autre de ces buts de défense. Nous préférons les distinguer selon qu'il s'agit de tics moyen de défense générale applicable à la rigueur à toute obsession, quelle qu'elle soit, ou de tics moyen de défense spéciale, directement en rapport avec la nature de l'obsession.

Dans le premier cas il s'agit de malades qui, pour lutter contre leur obsession, la chasser de leur esprit, s'en délivrer, exécutent

[1] Meige. — *Histoire d'un tiqueur.*

[2] Grasset. — Tic du colporteur. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* 1897, n° 4.

[3] Noguès et Sirol. — Un cas de torticolis mental. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière,* 1899, n° 6.

des mouvements quelconques de tics, par exemple : un signe énergique de dénégation, un froncement des sourcils, un clignement d'yeux, une grimace des lèvres, un reniflement, un soufflement, un crachotement, un claquement des doigts, un tapotement du pied, la répétition d'un mot ou d'un chiffre, etc., etc.

Les exemples sont tellement communs à cet égard qu'il est inutile d'en citer ici.

Faisons remarquer que ce sont là, au fond, des mouvements spontanés, des protestations du sujet contre l'obsession importune qui s'est installée en parasite dans son esprit, malgré lui, et que le rudiment de ces mouvements et protestations se retrouve à l'état physiologique chez les individus qui veulent chasser une pensée importune. Comme le disent fort bien MM. Pitres et Régis : « Ces mouvements ne sont pas tous absolument involontaires et à ce titre ne seraient pas tous des tics si on s'en tenait rigoureusement à la définition du mot. Mais, outre que la plupart sont spontanés et automatiques, comme ces gestes de révolte impulsive que provoquent normalement en nous certaines pensées pénibles et dont ils ne sont, en somme, que l'exagération, les autres, volontaires peut-être au début, ne tardent pas à devenir, par leur répétition même, des réflexes en quelque sorte, c'est-à-dire de vrais tics d'habitude[1]. »

Dans un second cas le tic n'est plus un mouvement quelconque, indifférent, c'est un mouvement, un acte qui a sa signification spéciale, signification en rapport direct avec la nature même de l'obsession.

A la rigueur, un grand nombre de manifestations motrices pourraient rentrer dans cette catégorie : tels les lavages incessants des mains chez les obsédés de la souillure, qui s'assoient juste sur le bord des sièges, secouent leurs vêtements et leurs chaussures en sortant d'un appartement, les attitudes spéciales des phobiques du vol qui tiennent leurs mains aux poches, ou des obsédés des boutons de porte qui ne les touchent que de telle ou telle façon, les doigts enveloppés, etc., etc... Mais bien qu'il s'agisse là d'actes qui finissent par devenir presque involontaires, automatiques, ce serait

[1] Pitres et Régis. — *Les obsessions et les impulsions*, p. 152.

trop étendre le domaine des tics que de les y faire rentrer. Nous ne saurions donc partager les idées de Sciamanna[1] qui englobe sous le nom de « Tics psychiques » toutes les obsessions avec images motrices, intermédiaires entre les phobies simples et les délires systématisés dans lesquels elles finissent parfois par verser. Ce ne sont pas là des tics.

Nous réservons ce nom à des mouvements, des actes qui se répètent toujours identiques à eux-mêmes, « hors de propos, sans cause et sans but » et qui présentent surtout le caractère essentiel, comme l'obsession elle-même, de ne pouvoir être réfrénés qu'au prix d'un malaise et d'une angoisse, celle-ci disparaissant l'acte une fois accompli. MM. Meige et Feindel ont bien indiqué de quelle façon on devait interpréter certains mouvements liés à une idée et ont très judicieusement établi la distinction entre ces divers mouvements.

« Observez, disent-ils, une personne qui parle avec animation au téléphone. Elle fait avec ses mains, avec son visage mille gestes absolument inutiles, puisque son interlocuteur ne peut pas les voir. Voilà bien des actes fonctionnels, des actes automatiques, et, qui plus est, surperflus, intempestifs. Songera-t-on cependant à les qualifier de tics? Jamais. Car si dans le cas présent cette mimique est inutile, du moins ne se manifeste-t-elle pas sans raison. Un homme normal, quelle que soit son exubérance, ne fera un sourire ou un geste d'affirmation du bras que s'il veut traduire une idée agréable ou exprimer énergiquement une conviction. Mais si, n'ayant aucun motif de traduire la joie, ni rien à affirmer, son visage se met soudain à gesticuler, alors, oui, cet homme sera un tiqueur.

« Il ne suffit donc pas que le geste puisse être dit intempestif si l'on considère l'instant où il s'exécute ; il faut être certain qu'au moment même de son exécution l'acte n'est plus lié à l'idée qui, dans le passé, lui a donné naissance. Si, en outre, cet acte se fait remarquer par sa trop fréquente répétition, sa constante inopportunité, l'impériosité de son exécution, la difficulté de sa répression, la satisfaction qui lui succède : c'est un tic.

« Tant que l'harmonie existe dans le fonctionnement cortical, une réaction motrice est convenablement coordonnée en vue du but à

[1] SCIAMANNA. — Tic et paranoia. *Rivista quindicinale*, 1897-98, p. 145.

atteindre. Si, au contraire, un désordre psychique apparaît, si telle idée devient prévalente, si les phénomènes inhibiteurs normaux sont perturbés, la réaction motrice sera excessive ou insuffisante, intempestive le plus souvent.

« Tel est encore le processus pathogénique de certains tics. Aussi Charcot a-t-il pu dire qu'il existe des « tics de la pensée qui se traduisent par des tics du corps ».

« C'est ainsi qu'une phobie peut commander un geste de défense qui, par la répétition, par l'habitude, devient automatique et persiste même alors que la phobie a disparu. Ce geste est bien un tic. »

« Dira-t-on que tout mouvement se produisant sous l'influence d'une idée pathologique est un tic ? Certainement non. Quel que soit le caractère de l'idée, la réaction motrice qu'elle provoque ne nécessite le nom de tic que si elle se manifeste et se répète avec insistance en dehors de tout commandement cortical, autrement dit lorsque l'acte est devenu automatique.

« Le geste du phobique qui cent fois par jour va secouer un bouton de porte parce qu'il redoute les courants d'air et veut s'assurer que la porte est bien fermée, ce geste, malgré sa coordination, sa répétition et son inopportunité, n'est pas un tic. Sans doute il est absurde, mais parce que l'idée qui le commande est elle-même absurde. Cependant l'acte reste étroitement associé à l'idée. Celui au contraire qui, par peur d'un mal imaginaire, a pris peu à peu l'habitude de faire avec la tête ou le bras un geste bientôt devenu automatique et qui se répète même alors que la phobie n'existe plus, celui-ci est un vrai tiqueur.

« Dans la pratique, cette distinction n'est pas toujours facile à établir. Il est cependant nécessaire de délimiter ainsi les frontières du tic ; sinon on s'expose à étendre son domaine à tous les actes accomplis sous l'impulsion d'un phénomène mental pathologique. »

Les tics moyens de défense spéciaux peuvent s'observer dans diverses obsessions : nous les avons constatés dans l'obsession de la rougeur, la nosophobie, etc., mais ils sont plus particuliers à certaines d'entre elles et se rencontrent surtout chez les obsédés du sacrilège et du scrupule.

Il est de ces obsédés chez qui, à chaque tentation obsédante, s'oppose un brusque mouvement défensif antagoniste de piété, par

exemple un signe de croix, une génuflexion, une oraison mentale ou verbale ou simplement un mouvement de dénégation ou de répulsion avec ou sans cri ou parole concomitante.

Tel est le jeune X..., ce malade de M. Régis, qui, obsédé par des pensées obscènes, se livre à divers mouvements pour les repousser. Il ferme brusquement les yeux comme pour chasser la sensation visuelle, pendant qu'il effectue des gestes très rapides de dénégation, indices de son refus de consentir, puis la tête retombe sur la poitrine pour recommencer aussitôt le même mouvement, qui se répète ainsi plus ou moins souvent, suivant les cas.

Quand l'obsession est très obscène et très tenace, le bras droit s'élève, la main largement ouverte comme écran de l'idée-image, en même temps que la tête se porte en sens inverse en haut et à gauche. Le plus souvent, en sus, il se joint à ces attitudes des paroles inintelligibles ou des « non » distinctement articulés et quelquefois aussi de véritables hurlements. Alors, revenant pour ainsi dire à lui, le malade se met, pour donner le change, à fredonner, à tousser ou à faire quelque bruit volontaire, ce qui indique bien qu'il est en partie conscient de ses mouvements et de ses cris anormaux.

Il peut arriver, dans certains cas, que l'obsession, dissimulée par le sujet, ne vienne à être connue que par ses gestes de défense qui sont ainsi révélateurs de l'obsession.

Une jeune fille espagnole, adressée par son médecin à M. Régis, avec l'étiquette de chorée, faisait des mouvements qui, par leur forme, leur coordination, semblaient avoir une signification spéciale, et il parut à M. Régis qu'ils devaient être des tics de défense contre quelque pensée obsédante. Cependant, la malade ne s'était ouverte à personne sur celle-ci. Après bien des hésitations et des réticences, on arriva à se convaincre que ces suppositions étaient fondées. La jeune fille ayant été très émue, très effrayée par la vue d'une course de taureaux, où l'un des toréadors fut blessé, devint obsédée par diverses idées, notamment par la peur de la mort subite se présentant à son esprit avec ses suites de justice divine. C'est alors que pour chasser cette obsession terrifiante elle se mit à exécuter spontanément des actes de défense, qui devinrent à leur tour des tics, car ils continuèrent de s'exécuter après que l'obsession eut disparu.

Le tic intervient donc dans l'obsession comme moyen de défense. Nous ne faisons que signaler ici ces associations cliniques, car elles comportent des détails, des particularités intéressantes à connaître et à mettre en lumière dans un travail plus complet.

Ce qui est important, c'est de savoir comment se termine cette association de l'obsession avec le moyen de défense. Plusieurs solutions peuvent se présenter : parfois l'obsession et le geste correcteur ont exactement le même sort, soit que l'un et l'autre persistent ou guérissent. Ce n'est point là cependant la fin la plus fréquente. Il peut arriver, par exemple, que le mouvement de défense n'ait été qu'un épisode passager dans l'existence de l'obsession, et que, lui disparu, celle-ci persiste. En voici un exemple :

Un malade de M. Régis, se sentant un jour les oreilles bouchées, alla demander à son médecin de le soulager. Celui-ci pratiqua une injection d'eau tiède dans les deux oreilles. Le malade prétend que sitôt cette injection faite il ressentit quelque chose d'anormal dans les oreilles. Depuis, il y a dix-huit mois de cela, il n'a pas cessé un seul jour, un seul instant, d'être obsédé par l'idée que les injections lui avaient fait mal et avaient occasionné une maladie incurable, etc., etc. Au début, et pendant plusieurs mois, il s'était mis à exécuter des mouvements qu'on pourrait appeler gestes de débouchage d'oreilles. Tantôt il reniflait plusieurs fois coup sur coup, aspirant fortement de l'air par les narines ; tantôt il secouait la tête comme pour déplacer quelque corps étranger, quelque goutte d'eau restés dans l'oreille ; tantôt, enfin, il introduisait l'index dans chacun des pavillons et l'y agitait plusieurs fois. Tout cela répété constamment, successivement, de façon saccadée. Depuis deux ou trois mois environ toute trace de ces mouvements a complètement disparu. L'obsession, elle, est restée la même, toujours aussi intense et aussi rebelle.

Il peut arriver, par contre, que l'obsession s'améliore ou guérisse, tandis que le mouvement de défense persiste. Celui-ci est bien alors devenu un véritable tic, la cause qui l'a engendré, idée, obsession, phobie, ayant disparu.

Les mouvements dont nous avons parlé plus haut ne seraient pas, à proprement parler, des tics, si nous accordons au mot tic la signification limitée que nous nous sommes efforcé de lui donner et que MM. Meige et Feindel, de leur côté, se sont appliqués à déter-

miner d'une façon si fidèle. On pourrait plutôt les rapprocher de ces mouvements coordonnés n'ayant aucun caractère convulsif qui révêtent l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels, et auxquels M. Cahen[1], dans une récente étude, a donné le nom de *stéréotypies,* et qui se produisent plus particulièrement dans les psychoses.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer deux cas de tics véritables survenant à la suite d'obsession et qui ont persisté après la disparition de celle-ci :

Dans le premier cas il s'agit d'une jeune fille manifestement hystérique (stigmates divers, troubles de la sensibilité, état mental de la névrose, zones hystérogènes, deux crises convulsives avec délire, arc de cercle, attitudes passionnelles, etc.) qui présentait cette forme d'obsession si bien décrite par MM. Pitres et Régis sous le nom d'obsession de la rougeur ou éreuthophobie.

M[lle] X..., âgée de dix-huit ans, rougit à tout instant pour le motif le plus futile : si on la regarde dans la rue, si elle parle à des étrangers, lorsqu'on l'appelle sans qu'elle s'y attende, etc. Elle rougit quelquefois seule dans sa chambre à la pensée qu'elle pourra se trouver en présence de certaines personnes, même sympathiques. Enfin elle devient rouge, dit-elle, quand elle pense qu'elle pourra rougir en telle ou telle circonstance.

Elle sent lorsqu'elle va rougir ; elle est alors angoissée, elle éprouve une sensation de chaleur dans la poitrine, le front se couvre de sueur et à partir de ce moment l'angoisse cesse.

Elle prétend qu'elle a trouvé un moyen de diminuer et quelquefois même d'empêcher la rougeur de se produire. Voici le procédé qu'elle emploie et qui lui réussit, dit-elle, le plus souvent. Lorsqu'elle sent qu'elle va rougir, elle fait une forte inspiration par le nez, la bouche fermée, jusqu'à ce que la respiration lui manque. A ce moment, elle rejette par des expirations successives et saccadées, toujours par les narines et la bouche fermée, l'air contenu dans ses poumons. Elle produit ainsi une sorte de soufflement expiratoire qui s'entend à distance et qui est certainement plus bizarre, plus disgracieux et surtout plus appréciable pour les personnes qui l'ap-

[1] Cahen. — *Archives de neurologie,* janvier 1902.

prochent que la rougeur. Mais cela la soulage, dit-elle, atténue son angoisse et souvent la fait disparaître. Elle s'est ainsi habituée, pour diminuer les chances de rougir, à cette gymnastique expiratoire qui donne à son visage un aspect déplaisant, mais qui ne la préoccupe pas, tourmentée qu'elle est sans cesse de sentir son visage et ses oreilles devenir rouges et chauds.

Cette habitude s'est aujourd'hui transformée en tic continuel, permanent ; elle ne cesse pas de souffler, alors que sa rougeur, au dire de sa mère et au sien, a diminué d'une façon notable. Elle est redevenue gaie et pourvu qu'elle puisse satisfaire son tic elle est contente.

Le second cas a trait à un homme de quarante-deux ans. Père neurasthénique, mère hystérique (grandes crises convulsives), ayant eu lui-même, à la suite de surmenage intellectuel et de chagrins, deux périodes de crises neurasthéniques avec phobies diverses (maladies mentales et médullaires).

Très intelligent et très instruit, M. X... occupait à Toulouse une haute situation. En 1887, il est mordu par un chien qu'on croit enragé et qu'on abat sans s'être assuré qu'il était vraiment hydrophobe. A partir de cette époque M. X... est obsédé par l'idée qu'il va devenir enragé, et comme il n'était pas question à cette époque de virus antirabique, il fait appliquer sur l'endroit de la morsure, qui ne présente d'ailleurs pas de plaie, divers remèdes de bonne femme et, plus tard, il se fait cautériser au fer rouge.

Trois mois après l'accident, pendant lesquels il n'a pas osé sortir de sa chambre, il se décide un jour à aller faire, avec un ami, une promenade dans la ville. Mais aussitôt dans la rue, il est pris de la peur d'être de nouveau mordu par un chien. Il se retourne à chaque instant pour voir s'il n'en vient pas un derrière lui ; s'il en aperçoit, même à une certaine distance, il agite sa canne pour l'empêcher d'approcher. Il rentre chez lui très angoissé. Il comprend néanmoins l'inanité de ses craintes, d'autant plus qu'il n'est déjà presque plus préoccupé de sa morsure, car il sait qu'il ne court plus de danger.

On l'oblige à sortir tous les jours malgré sa terreur toujours très grande à la vue d'un chien. Dès qu'il est dans la rue il se retourne à chaque pas, tourmenté malgré lui par sa nouvelle obsession. Il ne peut s'empêcher, à partir du moment où il a franchi le seuil de sa

porte, de tourner plusieurs fois de suite sa tête en arrière. Bientôt, malgré que sa phobie s'atténue, ses mouvements de tête s'accentuent davantage et un véritable tic remplace l'habitude prise. Celui-ci consiste en mouvements de rotation de la tête, tantôt à droite, tantôt à gauche, comme pour voir si on le suit, mouvements qui se succédant rapidement le font ressembler à un véritable pantin. Rentré chez lui, ces mouvements persistent, quoique avec moins d'intensité. Un mois plus tard, il n'a plus la moindre crainte au sujet de sa morsure, il n'y pense même pas, la peur des chiens n'existe plus ; il permet à ceux-ci de s'approcher de lui, il les caresse et, dans le but de s'habituer davantage à leur présence, il en achète un qu'il garde près de lui toute la journée. Néanmoins, son tic persiste, augmente même ; il ne peut plus faire un pas sans se retourner, et ses mouvements rotatoires de la tête lui donnent une allure étrange qui prête à rire. On s'arrête pour le regarder dans la rue, tellement sa pantomime est bizarre. Il comprend qu'il est ridicule et cependant il ne peut s'empêcher de faire ses mouvements qui n'ont plus aujourd'hui, de son aveu même, de raison d'exister. Ceux-ci persistent maintenant avec une égale intensité dans son appartement. En somme, son obsession a provoqué un tic dont il ne peut plus se débarrasser. Il n'en a d'ailleurs jamais guéri, et il est mort il y a quelques années d'une maladie aiguë.

On peut même voir, dans certains cas, que le moyen de défense devenu tic est lui-même le point de départ de nouvelles obsessions.

Nous avons indiqué de notre mieux les diverses conditions dans lesquelles un tic peut se greffer sur une obsession. Il nous reste maintenant à examiner les faits contraires, c'est-à-dire ceux dans lesquels une obsession se greffe sur un tic.

2° *Le tic donne naissance à l'obsession :*

Un tic primitif non issu d'une obsession peut, à un moment donné, se compliquer d'une obsession. Le cas est assez fréquent. Il est mieux connu et on le trouve décrit dans certains travaux, notamment dans ceux de MM. Meige et Feindel qui l'ont désigné sous le nom de *tic obsédant.*

Ce mode d'association du tic et de l'obsession ne paraît pas se présenter en clinique sous des modalités aussi multiples et aussi variées que le précédent. Il n'en est pas cependant moins intéressant à analyser.

Il s'agit le plus souvent d'un sujet névropathe nécessairement qui, atteint tout d'abord d'un tic, dans les conditions où le syndrome survient d'habitude, en arrive, au bout d'un temps plus ou moins long, inconsciemment parfois, à greffer sur ce tic une obsession, à le rendre obsédant.

Cette greffe morbide, cette complication s'est faite par un mécanisme psychologique fort compréhensible et fort naturel. Le sujet a commencé d'être gêné, énervé par son tic, il y a pensé de plus en plus ; il s'en préoccupe, craint qu'on s'aperçoive de ce qu'il considère comme une singularité, une infirmité ; il a peur qu'on le tourne en ridicule, qu'on se moque de lui, que cela lui nuise dans son travail, vis-à-vis de ses chefs, dans son avenir ; il invente des moyens divers (trucs, moyens de défense, paratics) soit pour empêcher son tic, soit pour le dissimuler, moyens qui, souvent, ne font que le faire ressortir davantage ou le remplacer par une attitude plus anormale encore ; son attention, à son insu même, se trouve fixée sur son tic et fixée d'une façon obsédante. Le tic est devenu obsédant ; une obsession s'est greffée sur le tic.

« Dans nombre d'états psychopathiques, dit M. E. Dupré, chez les psychopathes génito-urinaires en particulier, ce même mécanisme pathogénique se retrouve. Une épine pathologique, localisée au début dans la sphère périphérique (vessie, urètre, prostate, vésicules séminales) sollicite une réaction des centres sécrétéro-moteurs corticaux. L'arc diastallique réflexe se traduit alors par des manifestations centrifuges d'une série de phénomènes moteurs. Ceux-ci, à leur tour, font naître toutes sortes d'idées fixes, d'obsessions, d'impulsions qui font partie intégrante du syndrome ; mais, en définitive, le mécanisme est le même [1]. »

L'influence de ce nouvel élément psychique sur le tic est facile à prévoir et à comprendre. Nécessairement, par le fait de la fixation constante de la pensée sur le tic, constituant un véritable monoïdéisme obsédant, le tic s'en trouve entretenu, aggravé. L'idée obsédante est devenue le plus sûr agent d'entretien et d'accentuation du tic.

Aussi, cela va de soi, la meilleure façon de traiter le tic devenu

[1] E. Dupré. — *Société de neurologie de Paris*, séance du 18 avril 1901.

obsédant consiste-t-elle à combattre non le tic, mais l'obsession qui le fait vivre et persister. Et lorsque, ce qui arrive parfois, l'obsession, l'idée fixe obsédante résiste à tous les moyens, le tic, par suite, prend un caractère de chronicité et de ténacité des plus remarquables.

Telles sont, d'après ce que nous avons pu constater, les principales conditions dans lesquelles le tic et l'obsession peuvent se trouver associés.

Nous n'avons fait qu'énumérer ici ces diverses combinaisons pathologiques qui prêteraient à des développements plus complets.

Telles qu'elles sont, ces quelques explications suffisent à montrer la fréquence et l'intimité des relations du tic et de l'obsession. Elles suffisent également à montrer que si le tic et l'obsession ont, comme on l'a fait ressortir, des caractères analogues, cette analogie ne va pas, comme on serait tenté de le croire, jusqu'à la fusion, c'est-à-dire jusqu'à la combinaison des deux éléments, lorsqu'ils coexistent, en un seul syndrome. Même coexistants, même liés cliniquement l'un à l'autre, le tic et l'obsession peuvent garder leur autonomie, leur indépendance. La preuve en est dans ce fait qu'ainsi que nous l'avons vu, le sort des deux syndromes n'est pas fatalement le même et que l'un peut disparaître, tandis que l'autre persiste et réciproquement.

En conséquence, comme le disent MM. Pitres et Régis[1] : « Cette tendance à la comparaison de l'obsession chronique avec le tic, comparaison que Charcot a poussée jusqu'à l'assimilation lorsqu'il a appelé l'*obsession un tic de la pensée,* mot maintes fois répété depuis, est très remarquable. On pourrait dire, nous semble-t-il, et avec plus de raison encore, de certains tics que ce sont des *obsessions du mouvement.* »

Nous nous sommes efforcé de préciser les rapports, non seulement d'analogie, mais encore de coexistence qui unissent le tic et l'obsession. Nous croyons cependant que cette analogie ne s'applique pas à toutes les obsessions indistinctement, mais seulement à certaines d'entre elles, les *obsessions impulsives,* c'est-à-dire les obsessions avec tendance motrice. Cela va de soi.

Et ceci nous amène à dire que s'il est, dans cet ordre d'idées, un phénomène auquel le tic soit surtout comparable, c'est moins à l'*obsession* qu'à l'*impulsion.*

Tics et impulsions. — Si nous prenons, en effet, la définition de l'*impulsion morbide,* nous voyons qu'elle est, dans le domaine de l'activité volontaire, la tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe (Pitres et Régis) ou encore « la tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte ».

Or, cette définition pourrait être applicable au tic, au moins à certains points de vue.

D'autre part, quels sont les types de l'impulsion ? Certains n'admettent, on le sait, comme impulsion, que l'impulsion par obsession, l'obsession impulsive avec ses caractères bien connus de conscience, d'irrésistibilité, de lutte émotive, de détente consécutive, etc.

D'autres auteurs, et c'est notamment l'opinion de MM. Pitres et Régis dans leur récent ouvrage, pensent que l'impulsion étant « la tendance impérieuse et souvent irrésistible au retour vers le pur réflexe », ne doit pas être limitée à l'impulsion consciente et obsédante, mais doit être étendue à tout l'ensemble des propensions pathologiques de l'activité volontaire vers le réflexe : depuis l'impulsion aveugle et automatique qui en constitue la manifestation extrême, jusqu'à l'obsession impulsive qui représente sa forme la plus atténuée, en passant par la gamme, à transitions insensibles, de leurs nombreux intermédiaires.

Ces auteurs reconnaissent trois types ou degrés dans l'impulsion :

« 1° Les *impulsions motrices pures* ou à réflexe direct, dans lesquels l'acte suit immédiatement et fatalement la stimulation, sans aucune action inhibitoire intermédiaire ;

« 2° Les *impulsions psycho-motrices* ou à réflexe retardé dans lesquels l'acte suit fatalement, mais non toujours immédiatement, la stimulation, avec intermédiaire émotif ou même idéo-émotif, mais sans action sérieuse d'inhibition ;

« 3° Les *impulsions psychiques* ou à réflexe interrompu, dans lesquelles entre la stimulation et l'acte, qui n'est ni immédiat, ni même fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse [1]. »

[1] Pitres et Régis. — *Loc. cit.*

Qu'on adopte l'une ou l'autre manière de voir, peu importe, ce qui existe pour l'impulsion est exactement applicable au tic.

Ceux qui, par exemple, ne reconnaissent comme tics que le tic par obsession, par idée, n'ont qu'à le rapprocher de l'impulsion psychique ou obsession impulsive pour voir que l'identité est complète entre les deux.

Ceux, au contraire, qui admettent des tics de degré psychiquement inférieur, c'est-à-dire automatiques et même inconscients, peuvent de même les catégoriser, comme les impulsions, en trois types ou degrés, avec des caractères analogues :

1° Les *tics psychiques* ou *obsessions tiqueuses* dans lesquels entre la stimulation et l'acte, qui n'est ni immédiat ni fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-émotif, long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse ;

2° Les *tics psycho-moteurs* dans lesquels le mouvement suit fatalement, mais non toujours immédiatement, la stimulation, avec intermédiaire émotif ou même idéo-émotif, mais sans action sérieuse d'inhibition ;

3° Les *tics purement moteurs* dans lesquels le mouvement suit immédiatement et fatalement la stimulation, sans aucune action inhibitoire intermédiaire.

Il est impossible de ne pas être frappé — quelle que soit, nous le répétons, l'opinion qu'on professe sur l'étendue de ces deux syndromes — de l'identité clinique du tic et de l'impulsion.

Et cette identité est telle qu'une question se pose ici et que nous devons, par conséquent, poser sinon résoudre.

Le tic ne serait-il pas lui-même une forme d'impulsion ?

Il semble que ce soit là l'opinion de MM. Pitres et Régis, car dans leur dernier ouvrage, ils font figurer les tics au nombre des variétés d'impulsion, établies d'après la nature des actes auxquels elles poussent, dans le groupe des impulsions à des gestes, tics, paroles, etc., etc.

Nous ne prendrons pas parti, pour notre part, sur ce point de doctrine. Il nous suffit d'avoir signalé cette opinion, très défendable à notre sens, et surtout d'avoir montré, quoi qu'il en soit, que dans le domaine nosologique, c'est bien plus à l'impulsion qu'à l'obsession que le tic est comparable.

---

*
* *

Nous connaissons maintenant les deux éléments constitutifs essentiels du tic : le phénomène moteur et le trouble mental. Ceux-ci sont subordonnés l'un à l'autre et leur association constitue vraiment le syndrome qui a été désigné sous le nom de tic. Le tic est donc un trouble psycho-moteur qui, par bien des côtés, peut être assimilé, comparé à une impulsion et plus spécialement à une obsession impulsive.

CHAPITRE VI

Physiologie pathologique et Pathogénie

Nous devrions exposer ici toutes les théories pathogéniques qui ont été émises à propos des tics. Mais, outre que cet exposé nous entraînerait à des développements considérables et que ce rapport est déjà trop long, MM. Meige et Feindel ont consacré un chapitre entier (tic et polygone) à ces diverses interprétations. Ils ont surtout essayé de mettre d'accord les théories de MM. Brissaud et Grasset en apparence contradictoires, et ils l'ont fait avec une clarté et une concision telles qu'il serait téméraire de notre part de chercher à les exposer sous une autre forme.

Dès lors, nous ne pouvons mieux faire, car nous ne saurions mieux dire, que de reproduire ici ce chapitre in extenso.

« M. Grasset a proposé d'appliquer à l'interprétation pathogénique des tics la théorie très séduisante de son *polygone cortical.*

« Nous allons l'exposer brièvement en employant le vocabulaire de l'auteur. C'est une langue différente de la nôtre, mais parfaitement compréhensible, pourvu qu'on attribue aux mots le sens que M. Grasset leur donne.

« Il importe d'abord de rappeler ce que M. Grasset entend par polygone [1].

« A l'extrémité centrale de l'échelle physiologique est le système supérieur ou cortical (neurones de perception). Les corps cellulaires de ces neurones (sensoriels, moteurs et sensitivo-moteurs) forment la substance grise des circonvolutions cérébrales.

[1] Grasset. — *Anatomie clinique des centres nerveux,* Paris, 1900, p. 5.

« En physiologie et en clinique, on est obligé de dédoubler ce dernier système de neurones supérieurs en deux groupes : le groupe des neurones de l'automatisme psychologique et le groupe des neurones de la cérébralité supérieure, volontaire et libre..... Cette fonction psychique inférieure n'est pas l'arc réflexe ordinaire, puisqu'elle aboutit à des actes coordonnés, intelligents, conscients même à un certain point de vue ; elle doit être aussi soigneusement distinguée de la fonction psychique supérieure, siège de l'intellectualité supérieure, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité.

« L'activité de ces neurones (psychiques inférieurs) apparaît : 1° chez les individus tout à fait sains, dans le sommeil naturel, les rêves et une série d'actes de distraction ; 2° chez les nerveux, dans les cauchemars, les rêves parlés et actifs, les tables tournantes, le cumberlandisme, la lecture de la pensée, la baguette divinatoire, l'écriture automatique de certains médiums, le spiritisme ; 3° chez les malades, dans le somnambulisme, la catalepsie, les paralysies, anesthésies et autres symptômes de l'hystérie, certains symptômes de l'épilepsie, l'hypnotisme et l'état de suggestabilité, les dédoublements de la personnalité, certains cas d'aphasie et d'autres troubles comme l'astasie-alasie.

« Toutes les manifestations de ce psychisme inférieur sont *spontanées* (ce qui les distingue des actes réflexes) et ne sont *pas libres* (ce qui les distingue des actes psychiques supérieurs).

« Les nombreux neurones qui président à ce psychisme inférieur sont dans l'écorce cérébrale et y forment ce que j'ai appelé le *polygone cortical*. Au-dessus (physiologiquement) sont réunis les neurones du psychisme supérieur dans ce que j'ai appelé le centre.

« Quelle est donc, suivant M. Grasset, l'idée générale que l'on peut se faire des tics au point de vue de la physiologie pathologique ?

« Le tic est un acte complexe ou associé (c'est ce qui le différencie du réflexe pur). Mais il y a plusieurs grands groupes de centres où s'élaborent les actes complexes, associés, et notamment l'axe bulbo-médullaire et ce que nous avons appelé le polygone cérébral.

« L'axe bulbo-médullaire sert de centre non seulement aux réflexes simples (mouvements simples succédant à une impression centripète simple), mais aussi à de vrais mouvements associés : telles la déviation conjuguée de la tête et des yeux, la marche chez le canard décapité, etc.

« On conçoit donc un premier groupe de tics non mentaux, c'est-à-dire de tics reproduisant des mouvements associés d'origine bulbo-médullaire. Mais ce groupe s'étendra beaucoup plus, si l'on tient compte de notre polygone formé par les divers centres de l'automatisme psychologique[1].

« Les actes qui ont leur centre dans le polygone sont beaucoup plus compliqués que les actes réflexes simples, et même que les actes associés d'origine bulbo-médullaire : c'est, par exemple, la parole, l'écriture.

« Ce sont des actes ayant toutes les apparences de la spontanéité, traduisant un certain degré d'intellectualité et de mémoire, mais distincts des actes supérieurs qui ont leur centre en O ; les actes polygonaux ne sont ni libres, ni conscients.

En O est le siège du moi personnel, conscient, libre et responsable. De là partent les actes qui ont tous ces caractères : parole volontaire, écriture volontaire, marche volontaire, etc., en un mot, toute la vie libre.

« Au-dessous est le polygone des centres automatiques. D'un côté sont les centres sensoriels de réception (audition, vision, sensibilité générale) ; de l'autre, les centres moteurs de transmission (parole, écriture, divers mouvements du corps). Ces divers centres sont reliés entre eux au centre O et à la périphérie.

« Par ces communications du polygone avec O on peut agir volontairement, modifier volontairement les actes automatiques, avoir conscience de ces actes automatiques.

Dans certains cas, au contraire, il y a une sorte de dissociation entre O et le polygone ; alors l'activité propre de ce polygone éclate. Les exemples ne manquent pas : cette activité propre du polygone se voit dans le sommeil (ou rêve avec son polygone), dans la distraction (quand Xavier de Maistre, sorti pour aller à la Cour, se trouve à la porte de Mme de Haut-Castel, il y est allé avec son polygone, O s'étant oublié à s'occuper de toute autre chose que de la direction de ses jambes). D'autre part, la parole est souvent automatique. Dans les états intermédiaires entre l'état physiologique et l'état

[1] GRASSET. — *Leçons de clinique médic.*, 3e série, 1er fasc., 1896. Des diverses variétés cliniques de l'aphasie, p. 5, et De l'automatisme psychologique : psychisme inférieur, polygone cortical, p. 38.

pathologique, cette activité polygonale propre et indépendante peut éclater d'une manière remarquable : cauchemars, baguette divinatoire, tables tournantes et parlantes, cumberlandisme, écriture des médiums.

« Enfin, il y a une pathologie vraie du polygone : aphasies, agraphies, somnambulisme, automatisme ambulatoire, catalepsie, certains symptômes hystériques, hypnotisme et état de suggestabilité.

« Ce qui caractérise cette activité polygonale (physiologique et pathologique), c'est d'être psychique, c'est-à-dire compliquée, coordonnée, intelligente, et de n'être pas libre et consciente, de n'être pas mentale : *toute la mentalité est en O.*

« Psychisme n'est donc plus synonyme de mental : *le mental ou psychisme supérieur a son centre en O ; l'automatisme ou psychisme inférieur a son centre dans le polygone.*

« C'est en me basant sur cette distinction que je me refuse à classer définitivement dans les maladies mentales les maladies comme l'hystérie, dont beaucoup de manifestations élevées sont purement polygonales : l'hystérie devient mentale dans certains cas ; elle ne l'est pas dans certaines manifestations psychiques inférieures qui sont purement polygonales.

« Cela dit, vous pouvez concevoir une seconde catégorie de tics correspondant à des mouvements associés polygonaux : ce sont les *tics polygonaux.*

« Ces tics sont associés, coordonnés, psychiques, mais ils ne sont pas mentaux. Ils appartiennent au psychisme inférieur polygonal, automatique, et non au psychisme supérieur, libre et conscient, qui est en O.

« Donc, en définitive, on peut admettre *trois espèces de tics : le tic bulbo-médullaire, le tic polygonal, le tic psychique proprement dit.*

« Les caractères différentiels en sont faciles à établir : le tic psychique est celui qui dépend directement et étroitement d'une idée actuelle qui réside en O, dans l'intellectualité vraie ou supérieure ; le tic bulbo-médullaire (à l'autre bout de l'échelle) n'a aucun des caractères du psychisme ; entre les deux, le tic polygonal a les caractères du psychisme, mais du psychisme inférieur automatique. »

Nous avons tenu à reproduire avec détails la conception de M. Grasset, car elle constitue, avec celle de M. Brissaud, les deux plus récentes contributions à l'étude de la pathogénie des tics.

« Il semble à première lecture qu'il ne soit guère possible de les accorder l'une avec l'autre. Cependant, ici encore, il s'agit plutôt d'une différence d'interprétation des mots que d'une divergence réelle entre les idées.

« Le tic, dit M. Brissaud, est un acte automatique coordonné et, par conséquent, d'origine corticale.

« Mais, répond M. Grasset, tout acte automatique coordonné n'est pas nécessairement d'origine corticale. La déviation conjuguée de la tête et des yeux peut être d'origine corticale, mais elle peut être aussi d'origine bulbaire..... Il y a même des actes spinaux qui sont coordonnés et automatiques. On peut marcher avec sa moelle ou tout au moins avec ses centres bulbo-médullaires, la corticalité étant distraite, c'est-à-dire occupée à toute autre espèce de choses. Quand le canard récemment décapité fait encore le tour de la cour, il accomplit des actes parfaitement coordonnés et automatiques, dans la production desquels la substance corticale ne peut plus intervenir... On ne peut pas conclure à l'origine corticale du tic par ce seul fait que c'est un acte automatique et coordonné. »

« Eh bien ! si l'on lit avec la même attention impartiale M. Brissaud et M. Grasset, on ne tarde pas à s'apercevoir que la discussion porte sur un seul mot, le mot *origine.*

« M. Grasset ne paraît pas avoir employé ce terme dans la même acception que M. Brissaud. Celui-ci considère l'*origine du tic dans le temps,* celui-là l'*origine dans l'espace.*

« M. Brissaud montre l'origine du tic au *moment* où le tic apparaît. M. Grasset envisage *le lieu* où le mécanisme du tic s'opère. Le premier parle de l'origine du tic *dans le passé,* le second cherche son lieu d'origine *dans le présent.*

« C'est bien probablement de cette équivoque involontaire, née du double sens du mot *origine,* que provient l'apparente divergence des deux auteurs.

« Si l'on parle la langue de M. Grasset, on peut parfaitement dire : le tic *constitué,* celui qui se produit dans le moment présent, n'est qu'une manifestation de l'activité polygonale.

« Mais, avec M. Brissaud, on peut dire, non moins justement : « L'acte qui peut devenir un tic est un acte dans l'exécution duquel, « *à l'origine, — dans le passé* — l'écorce cérébrale pouvait inter- « venir. »

« Nous avons essayé de montrer comment :

« Le vocabulaire de M. Grasset est assurément compréhensible pour qui s'est pénétré de la signification du polygone. On peut souhaiter cependant d'en voir disparaître une cause d'ambiguïté qui provient de l'emploi de deux mots étymologiquement synonymes, ce sont les mots : *psychique* et *mental*. M. Grasset explique d'ailleurs fort bien ce qu'il veut dire : la *mentalité* c'est le *psychisme supérieur* ; le *psychisme inférieur*, ni tout à fait libre, ni tout à fait conscient, c'est l'*activité polygonale*.

« Mais il est à craindre que cette judicieuse distinction entre deux phénomènes bien différents ne soit pas toujours aussi clairement comprise qu'elle mérite de l'être, si l'on s'habitue à l'exprimer par deux termes qui, pour la majorité et d'après leur étymologie, ont exactement le même sens.

« Nous n'emploierons donc pas la dénomination de *tic psychique*, pas plus d'ailleurs que celle de *tic mental* et moins encore celle de *tic psycho-mental*, proposée par M. Cruchet.

« Quant au tic *bulbo-médullaire*, ce tic paraît se confondre de bien près avec le spasme, si même il n'est pas précisément le spasme, — tel que nous avons défini ce dernier — à moins qu'il ne s'agisse d'un tic engendré par un spasme, auquel cas nous verrions encore s'accorder M. Brissaud et M. Grasset. »

CHAPITRE VII

Étiologie

I

CAUSES PROVOCATRICES — CAUSES GÉNÉRALES

Il existe presque toujours, sinon toujours, une cause *occasionnelle, provocatrice* des mouvements anormaux, de l'acte moteur pathologique qui constitue un des éléments du tic.

Il n'est pas toujours facile de déterminer ces causes très nombreuses, très variables, soit qu'elles aient échappé aux malades, soit qu'ils en aient perdu le souvenir, soit enfin que leur imagination fantaisiste leur fasse inventer une étiologie bizarre qu'il sera nécessaire de contrôler avec soin.

Malgré que leur connaissance donne souvent l'explication du geste initial, nous n'énumérerons pas ici les causes provocatrices, car la liste en serait trop longue. Il nous suffira de donner quelques exemples : ainsi le tic de *clignotement* peut reconnaître pour cause un corps étranger, un grain de poussière, un cil, une inflammation quelconque de la conjonctive ou des paupières ; un tic du nez a souvent pour origine une croûte, une gerçure, un furoncle, un simple coryza, toutes causes engendrant le tic de *reniflement;* les tics de la tête peuvent être provoqués par une coiffure trop étroite ou mal assujettie. Une malade de M. Souques avait une fluxion dentaire de la joue droite qui avait duré quatre ou cinq jours ; pendant

cette fluxion, pour éviter la douleur, elle avait pris l'habitude de tourner la tête à droite et de la maintenir le plus longtemps possible dans cette position. Or, quelques jours après la guérison, sa tête resta tournée, malgré elle, vers l'épaule droite, d'abord transitoirement, puis d'une façon continue. Et c'est ainsi que s'établit un torticolis mental. Un détail de costume, un col trop étroit ou trop élevé sera le point de départ d'un tic de l'épaule, qui persistera même lorsque le col aura été élargi, abaissé ou même supprimé.

Il arrive même quelquefois que le futur tiqueur, au lieu de s'employer à atténuer une gêne ou à éviter une douleur, recherche une sensation déjà éprouvée et, à force de répéter le mouvement destiné à la provoquer, celui-ci devient permanent, ne peut plus être réfréné et le tic est constitué.

Parfois même, l'apparition d'un tic peut être favorisée par le souvenir d'un geste habituel et familier, tel le *tic du colporteur, post-professionnel* de M. Grasset [1]. En souvenir de son ancien métier de colporteur, ce malade reproduisait le geste de charger un ballot sur son épaule. Tel aussi le mouvement d'épaule du fantassin pour mettre son sac sur le dos au moment du départ.

Point n'est besoin de multiplier les exemples. Et cependant la connaissance exacte de ces causes provocatrices présente un double intérêt, d'abord elle fait souvent comprendre la genèse de tel ou tel tic et elle fournit aussi des indications précises pour le traitement.

Les maladies infectieuses, les intoxications, les émotions, les frayeurs, les traumatismes, peuvent provoquer l'éclosion des tics.

A côté de ces causes diverses, il en est une dont l'importance est considérable, surtout chez les enfants, c'est l'*imitation*. Les rapports fréquents d'un enfant prédisposé avec un tiqueur constituent une condition très favorable pour le développement d'un mouvement anormal, il suffit même de la vue accidentelle d'un tiqueur pour que l'enfant le devienne à son tour. En pareil cas, la rencontre et surtout la fréquentation d'un tiqueur sera la pire des malechances; rien n'est aussi contagieux que le tic entre prédisposés.

« Mais cette promiscuité n'est même pas nécessaire. Il suffit par-

[1] GRASSET. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897.

fois d'un geste insolite exécuté par n'importe qui ; le geste, par sa nouveauté, frappe l'esprit de l'enfant ; aussitôt il s'essaie à le reproduire, il y parvient généralement, le refait avec complaisance, en éprouve quelque satisfaction, le réitère le lendemain et les jours suivants. L'habitude en est bientôt prise. Et, si l'on n'y prend garde, le mouvement primitivement voulu, adapté à son but, l'imitation, peut dégénérer en tic. » (Meige, Feindel.)

L'imitation, dont le rôle est si important dans la production des tics, semble présider également au développement de certaines manifestations telles que l'*écholalie,* l'*échokinésie,* la *caprololie*, que l'on rencontre si fréquemment dans la maladie de Gilles de La Tourette.

Les tics apparaissent, en général, dans l'enfance et plus particulièrement au moment de la puberté. Mais on les observe à *tout âge,* excepté cependant chez les tout jeunes enfants. Cette exception trouve son explication naturelle dans la thèse que nous soutenons, à savoir que le tic est toujours lié à un trouble psychique. Or il ne peut être question de troubles psychiques chez un enfant qui n'a pas au moins six ou sept ans.

Le *sexe* ne paraît avoir aucune influence ; on ne possède pas de données précises relativement à l'action exercée par les climats, les saisons, les conditions atmosphériques.

L'influence des *races* n'est pas encore nettement établie. Néanmoins, il y a tout lieu de croire que plus la civilisation est avancée, plus les tics sont fréquents, car les troubles psychiques, nécessairement liés à cette affection, sont en raison directe du surmenage.

Le *surmenage* est, en effet, une cause prédisposante importante des tics. La dépense excessive d'énergie physique, morale ou intellectuelle amène, plus ou moins rapidement, la dépression ou la déchéance du système nerveux, et consécutivement des désordres mentaux qui constituent la condition favorable pour l'éclosion des tics.

Mais de toutes les causes nécessaires pour les produire, la plus importante, celle sans laquelle il n'existe pas de vrais tics, c'est la prédisposition psychique.

L'importance de cette condition étiologique est aujourd'hui bien connue en neurologie : « J'ai soutenu cette thèse, dit M. Raymond[1],

[1] Raymond. — *Clin. des maladies du système nerveux,* série II, p. 306.

et je crois l'avoir étayée sur de solides arguments, à savoir : que les causes occasionnelles des affections du système nerveux ne sont, le plus souvent, efficaces qu'autant qu'elles s'exécutent sur un terrain prédisposé. »

« Toutes les fois, disait Charcot, que vous voyez quelqu'un atteint de la maladie des tics, quoiqu'elle soit parfois légère, mais surtout lorsqu'elle est accompagnée de phénomènes comme ceux de la copiolalie, vous êtes sûrs de rencontrer l'hérédité. »

C'est grâce à elle et aux troubles mentaux qui en sont la conséquence que les mouvements habituels du début ne peuvent plus être réfrénés, deviennent inconscients, plus ou moins irrésistibles et deviennent des tics.

La prédisposition mentale peut être *héréditaire* ou *acquise*.

L'influence de l'hérédité est manifeste, qu'elle soit *similaire* ou *dissemblable*. Il existe de nombreuses observations où plusieurs enfants d'une même famille présentaient les mêmes tics que leur père ou mère (cas de Gintrac, de Charcot, de Blache, de Delasiauve, de Piédagnel, de Letulle, de Meige et Feindel).

Il est certain que dans ces cas l'imitation a joué un rôle important, comme le prouve une observation de Tissié dans laquelle deux enfants prennent successivement le tic de leur mère. Chose singulière, la guérison de l'un des enfants fut suivie de celle du frère et de la mère.

Mais l'hérédité n'est pas toujours similaire. Les lésions organiques du système nerveux, les maladies mentales, ou simplement un état névropathique plus ou moins marqué chez les ascendants, suffisent pour créer la prédisposition mentale du futur tiqueur. Celui-ci peut avoir pour père un neurasthénique ou un épileptique, pour mère une hystérique, pour grand-père un paralytique général, un mélancolique ou un maniaque.

Nous avons vu que G. Flatau cite des cas où une mère obsédée et une autre sujette à des obsessions impulsives avaient eu pour fils des tiqueurs.

II

ASSOCIATION ET RAPPORTS DES TICS AVEC LES NÉVROSES ET LES PSYCHOSES

Il est très fréquent de constater des associations et des alternances entre les tics et les maladies mentales ou nerveuses.

« Les corrélations qui existent entre les tics et les maladies nerveuses, dit M. Letulle, sont souvent des plus intimes, car on peut voir successivement évoluer sur le même individu tel ou tel tic convulsif et plus tard une maladie du système nerveux (névrose, maladie mentale, paralysie générale, ataxie locomotrice). Inversement, certaines chorées paraissent se terminer en laissant seulement, comme trace parfois indélébile de leur passage, un petit mouvement convulsif partiel bien circonscrit, un tic. Dans la hiérarchie des névropathies, les tics occupent donc une place intéressante : ils sont tour à tour et suivant les cas un point de départ, un intermédiaire ou un reliquat; à ce titre ils méritent une étude attentive, car ils peuvent servir à la prognose d'un état morbide mal défini. »

Examinons quelles sont les relations des tics avec l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les vésanies et l'idiotie.

Et tout d'abord l'hystérie peut-elle être la cause des tics? Et si ceux-ci ne sont pas des produits, des expressions de celle-là, quels sont les liens qui unissent les deux maladies ?

Il n'est pas douteux que l'état mental des tiqueurs et celui des hystériques ont des points de ressemblance indiscutables. Rien d'étonnant à cela, puisque presque toutes les névroses ont des caractères psychiques communs : manies, idées fixes, obsession, phobies, versatilité, aboulie, en un mot déséquilibre mental.

C'est en se basant sur ces déséquilibres communs que quelques auteurs, Briquet, Axenfeld, Bouchut, Chabbert et, plus récemment, les professeurs Pitres et Raymond, ont considéré les tics comme des symptômes hystériques.

M. Pitres [1] estime que les tiqueurs sont tout au moins « des candidats à l'hystérie » et il cite à l'appui de cette opinion des observations dans lesquelles les malades présentaient des stigmates de la grande névrose (rétrécissement concentrique du champ visuel, troubles de la sensibilité, apparition brusque des mouvements à la suite d'émotions, etc.).

Il ne paraît pas douteux, en effet, que les tics peuvent apparaître chez les hystériques, mais on ne doit pas en conclure, à notre sens, que ceux ci sont de nature hystérique. Les deux maladies coexistent

[1] PITRES — *Leçons sur l'hystérie,* vol. I, p. 317.

chez un même malade, mais restent indépendantes. Lorsqu'on observe, en clinique, des associations hystéro-organiques, en conclut-on que la névrose est la cause des lésions anatomiques?

M. Raymond a eu, au sujet de l'origine hystérique des diverses maladies qu'il réunit sous le nom de myoclonies, des opinions successives. Dans une première leçon, en 1895, après avoir fait voir les liens qui unissaient entre eux les syndromes tels que le tremblement fibrillaire des neurasthéniques, le paramyoclonus multiplex, la chorée électrique de Henoch-Bergeron, le tic non douloureux de la face et enfin la maladie des tics de Gilles de La Tourette, il déclare qu'il ne veut pas y ajouter la chorée rythmée (malléatoire, saltatoire) « caractérisée par des mouvements qui sont la reproduction de certains actes professionnels ou autres, et qu'on a coutume de rattacher à l'hystérie ». Et il ajoute aussitôt : « Il n'y a pas de confusion possible entre ce genre de névroses et les formes de myoclonie dont je me suis occupé aujourd'hui. »

Or, dans une autre leçon sur le même sujet, il s'exprime ainsi : « Les faits de ce genre confirment la conception que je me suis faite de la nature de la myoclonie. Ce n'est pas une névrose autonome, *c'est une expression fragmentaire de l'hystérie*[1]. »

« De la sorte, disent très justement MM. Meige et Feindel, non seulement le tic enfoui dans les myoclonies, au milieu des accidents convulsifs les plus disparates, est menacé à jamais de perdre ses caractères distinctifs, mais l'hystérie elle-même redevient le « protée » d'antan. »

Et, de fait, la très grande majorité des tiqueurs ne présente pas les symptômes habituels de l'hystérie. On ne constate pas chez eux de troubles de la sensibilité, d'anomalies du champ visuel, des crises convulsives paroxystiques avec leurs attitudes et leurs mouvements rythmés si caractéristiques.

Le tic n'est donc pas un symptôme hystérique, il n'est pas une expression de la grande névrose, mais il peut coexister avec elle. D'ailleurs Charcot[2] avait nettement séparé les tics de l'hystérie.

« N'allez pas, disait-il, rattacher, comme on le fait trop souvent,

[1] RAYMOND. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1897-98, 4e vol., p. 488.

[2] CHARCOT. — *Leçons du mardi*, 23 octobre 1888.

les tics à l'hystérie. Ce sont choses totalement différentes et il suffirait déjà, pour établir une distinction, de relever que les mouvements des tics surviennent inopinément, à des intervalles très inégaux et qu'on n'y constate pas, par conséquent, le rythme et la mesure qui marquent souvent certains phénomènes hystériques. »

Ce que nous venons de dire de l'hystérie peut s'appliquer à la neurasthénie.

Un neurasthénique peut devenir un tiqueur tout comme un hystérique, ce qui ne veut pas dire que le tic soit un produit de la neurasthénie.

On constate assurément dans les deux névroses des caractères psychiques communs, comme l'aboulie, l'anxiété, l'obsession, la phobie et plus spécialement la nosophobie ; mais il est exceptionnel de trouver chez le tiqueur, à moins qu'il ne soit en même temps neurasthénique, la céphalée, les troubles gastro-intestinaux, l'insomnie, l'asthénie musculaire, etc., en un mot cet ensemble de symptômes objectifs et mentaux qui constituent la maladie de Béard.

Il en est de même de l'épilepsie dont la coexistence avec les tics n'est pas douteuse, soit que l'épileptique puisse devenir plus tard un tiqueur, soit que celui-ci ait, plusieurs années après le début de sa maladie, des crises comitiales partielles ou généralisées.

Mais ces réactions motrices, qu'elles soient dues à l'épilepsie jacksonienne ou à l'épilepsie essentielle, ont des caractères tellement typiques qu'il est difficile de les confondre avec les mouvements des tics. Tout au plus pourrait-on rapprocher les trucs employés par les tiqueurs de certains procédés mis en usage par les malades atteints d'épilepsie jacksonienne (compression du poignet par des liens divers).

Nous avons assisté plusieurs fois aux crises convulsives d'une de nos malades, jeune fille de quinze ans, pendant lesquelles il se produisait des mouvements spéciaux qui, à première vue, si la perte de connaissance n'avait pas existé, pouvaient ressembler à des tics. Elle prenait entre le pouce et l'index de sa main droite un bout de sa robe ou de son corsage et le malaxait, tout le temps que duraient ses absences. Elle avait eu, d'ailleurs, à part celles-ci, de grandes crises convulsives qui ne laissaient aucun doute sur la nature comitiale de l'affection.

Nous avons vu, en parlant de l'état mental, que les tics pouvaient aussi s'associer aux maladies mentales : nous nous sommes suffisamment expliqué sur les relations, les similitudes psychiques qui existaient entre les tics et les phobies, les idées fixes, les obsessions, les impulsions, pour ne pas revenir sur ces associations.

Cependant, nous ne pouvons passer sous silence les études si consciencieuses de M. Bourneville sur les tics des idiots, des imbéciles, des arriérés, et qui ont été si remarquablement exposés dans la thèse de M. J. Noir. Celui-ci a fait voir qu'il existait chez les idiots des tics absolument semblables à ceux que nous venons d'étudier, depuis le tic le plus simple jusqu'à la maladie de Gilles de La Tourette, avec écholalie et coprolalie.

CHAPITRE VIII

Diagnostic

Nous avons déjà, dans le cours de ce travail, indiqué en maints endroits les caractères qui permettaient de différencier les tics des maladies en apparence similaires.

Nous nous sommes surtout appliqué à distinguer le tic du spasme si longtemps confondus en raison de leurs analogies motrices. Nous avons vu cependant combien était importante cette différenciation, aussi bien au point de vue du pronostic que du traitement, le spasme étant le plus souvent incurable en raison de son origine organique, le tic, au contraire, pouvant être amélioré, quelquefois guéri, et dans tous les cas, étant compatible avec l'existence.

I

Malgré les difficultés très grandes que peut présenter le diagnostic du spasme et du tic, nous estimons que, grâce à l'enseignement de M. Brissaud, celles-ci ne sont pas insurmontables. Nous ne reviendrons pas sur les caractères différentiels qu'il a si bien indiqués et que ses élèves, MM. Meige et Feindel, ont mieux précisés encore.

Nous ne ferons que rappeler que dans le spasme les mouvements convulsifs sont plus brusques, instantanés, rapides, comparables à des excitations électriques intermittentes ; ils ne sont pas influencés par des efforts de volonté et d'attention, par la distraction et ne sont pas modifiés par les émotions ; ils sont quelquefois douloureux ; la réflectivité peut être modifiée ; ils se produisent aussi bien pen-

dant le sommeil que pendant la veille. Enfin le plus souvent « ils siègent dans un même territoire nerveux anatomiquement défini ».

Les mouvements du tic, au contraire, sont coordonnés, systématiques, ils reproduisent un acte fonctionnel; ils sont atténués ou arrêtés momentanément par un effort volontaire ; ils sont modifiés par la distraction, les émotions; ils disparaissent pendant le sommeil ; les réflexes sont normaux ; enfin ils sont liés à un état mental spécial dont la caractéristique réside, comme dans l'obsession impulsive, dans le besoin, souvent anxieux, angoissant, d'accomplir l'acte moteur anormal, et aussi dans la satisfaction qui succède à celui-ci.

Il nous paraît cependant que certaines localisations du tic prêtent davantage à la confusion de ces deux ordres de mouvements.

Ainsi le diagnostic entre le *tic* et le *spasme facial* est presque toujours très difficile.

C'est ainsi que Erb avoue que « c'est un des problèmes les plus délicats de la neuropathologie » et que M. Brissaud, qui a consacré une importante leçon au diagnostic des tics et spasmes de la face, déclare que « dans bien des cas il renonce à faire le diagnostic quand l'étiologie est muette ».

MM. Meige et Feindel rapportent plusieurs exemples où, « malgré l'examen le plus attentif, il est impossible d'aboutir à une conclusion définitive », aussi ajoutent-ils : « Les cas sont-ils nombreux où il est sage de se borner à la description des symptômes et à l'énoncé des arguments favorables au spasme. On ne peut en déduire que des présomptions en faveur de l'une ou de l'autre affection. Dans ces cas, la sagesse est de ne pas conclure. »

Il en est de même dans les cas de *torticolis-tic* et de *torticolis-spasme*. Ici encore il importe de faire une enquête minutieuse sur les phénomènes objectifs et plus encore sur les manifestations psychiques présentées par le malade. Si les antécédents héréditaires et personnels mettent en lumière ce déséquilibre spécial dont nous avons parlé, il y a beaucoup de chances pour que le torticolis puisse être qualifié de mental, surtout si l'on constate l'existence du geste antagoniste efficace. Nous avons suffisamment insisté sur les signes spéciaux de ce torticolis pour que nous n'y revenions pas ici.

Cependant, il y a quelques mois, au Congrès de médecine de Toulouse, notre ami, M. Destarac, a présenté deux malades qui, à côté

de manifestations spasmodiques diverses, offrant, il faut bien le reconnaître, des ressemblances avec la maladie de Friedreich ou avec l'hérédo-ataxie-cérébelleuse, avaient en même temps un torticolis qu'il qualifie de spasmodique, malgré qu'ils aient tous les deux le geste antagoniste efficace. Chez l'un des malades les réflexes sont exagérés et on constate le signe de Babinski, chez l'autre il y a diminution des réflexes, embarras de la parole, contractions fibrillaires avec modification électrique, et, chez les deux, en même temps que l'intégrité de la force musculaire, on constatait une démarche spasmodique, de la crampe des écrivains, des contractions spasmodiques du tronc, un pied bot et enfin une scoliose. M. Destarac en conclut qu'il s'agit bien d'un torticolis-spasme sous la dépendance, comme tous les autres symptômes, d'une maladie générale, congénitale, qu'il désigne sous le nom de *syndrome du torticolis spasmodique,* et qui serait une forme fruste de l'une ou de l'autre des maladies précitées, celles-ci étant elles-mêmes sous la dépendance « d'une altération motrice de quelques points des centres nerveux et plus spécialement d'un centre du tonus ». Enfin, en s'appuyant sur les dernières théories du tonus et des observations de Duchenne de Boulogne, M. Destarac donne une explication très ingénieuse du geste paradoxal et illogique de M. Meige dans le torticolis mental.

Mais, comme le fait remarquer M. Meige, qui a vu les malades avec M. Ballet et nous même, il y a lieu de formuler quelques réserves sur l'interprétation donnée par M. Destarac à ces divers symptômes, qui ne présentent pas les caractères bien nets de la maladie de Friedreich. « Ainsi la scoliose n'était pas permanente, la déformation du pied ne s'accompagnait pas de rétractions irréductibles, etc... Mais surtout le tableau clinique dans son ensemble nous a paru tout différent de celui que réalisent les affections organiques telles que la maladie de Friedreich ou l'hérédo-ataxie-cérébelleuse. » (Meige.)

Nous ajouterons qu'en admettant même qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces maladies, le torticolis avait sans conteste les caractères du torticolis mental, car chez ces deux malades l'attitude était corrigée, soit par les malades eux-mêmes, soit par une main étrangère. Et il est permis de penser que si, comme l'admet M. Destarac, quelques-uns des symptômes présentés par ses malades sont d'origine organique, un *torticolis-tic* a pu s'associer à ceux-ci, de même qu'une névrose quelconque, l'hystérie en particulier, peut coexister avec une affection organique du système nerveux.

Quoi qu'il en soit des opinions de M. Destarac et de ses interprétations pathogéniques très séduisantes, les malades si intéressants dont il donne les observations doivent nous engager à différencier les tics de certaines affections spasmodiques ressemblant à la maladie de Friedreich ou à l'hérédo-ataxie-cérébelleuse et s'accompagnant de torticolis, celui-ci pouvant être, d'ailleurs, d'origine psychique et s'associer à elles.

MM. Pierre-Marie et G. Guillain [1] ont tout récemment communiqué à la Société de neurologie de Paris un cas dans lequel le diagnostic n'a pu être déterminé entre la maladie de Friedreich et des mouvements athétoïdes qui prenaient l'aspect de tics.

II

Il est d'autres mouvements dont nous avons déjà parlé et auxquels on a donné le nom de *stéréotypies*, qui par leurs étroites affinités avec les tics ont pu être confondus avec eux.

Néanmoins, M. Séglas et son élève, M. Cahen, ont donné cette appellation à des réactions motrices coordonnées différant peu des gestes normaux et rappelant les tics d'habitude de M. Letulle. Comme ceux-ci « ils n'ont rien de convulsif, ils se rapprochent des mouvements intentionnels ou professionnels et ils se répètent souvent de la même façon ; ils sont conscients, volontaires au début et deviennent plus tard automatiques, par le fait même de leur répétition. De plus, les stéréotypies se produisent presque toujours chez les seuls aliénés et ont pour origine une idée délirante. Celle-ci peut disparaître à la longue et les mouvements stéréotypés persister.

Le diagnostic entre les tics et ces mouvements peut, dans certaines circonstances, être impossible, surtout lorsque ceux-là ne présentent pas un caractère convulsif bien accentué.

Les stéréotypies peuvent coexister avec des tics et s'observer dans le délire chronique, la démence précoce, les états catatoniques, les

[1] Pierre MARIE et G. GUILLAIN. — Mouvements athétoïdes de nature indéterminée. *Société de neurologie de Paris*, avril 1902.

délires systématisés secondaires et enfin dans la paralysie générale. Mais de toutes les idées délirantes, celles qui provoquent le plus souvent les stéréotypies sont certainement les idées de défense.

M. E. Martin[1] a rapporté l'année dernière, au Congrès de Limoges, deux observations de torticolis chez des aliénés dont l'analogie avec les stéréotypies est indiscutable ; on a cité, d'autre part, des cas dans lesquels les malades atteints de torticolis mental finissaient par tomber dans la démence.

III

De toutes les affections nerveuses avec lesquelles le tic peut être confondu, la *chorée de Sydenham* est celle qui présente avec celui-ci les analogies les plus frappantes.

Comme le tic, elle débute dans l'enfance, en général entre huit et treize ans.

Chez le tiqueur les mouvements sont coordonnés, brusques, saccadés, espacés, mais réguliers, ils se reproduisent indéfiniment de la même façon. Enfin, ils peuvent être réfrénés par la volonté et s'accompagnent souvent de phénomènes obsédants.

Dans la chorée, au contraire, il n'existe aucune espèce de coordination ; les mouvements ne sont pas identiques à eux-mêmes, ils sont irréguliers, illogiques, absurdes, très rapides et se succèdent presque sans interruption ; les contractions passent d'un groupe musculaire à l'autre sans aucun ordre et la volonté n'a pas d'action sur elle.

« Le choréique fait ses mouvements devant le public, le tiqueur les fait dans la coulisse. » (Oddo[2].)

Tandis que le tiqueur n'est pas sensiblement gêné par ses secousses convulsives dans l'exécution de ses mouvements volontaires, le choréique, au contraire, est d'une maladresse insigne. Le

[1] Martin (E.). — Deux cas de torticolis mental chez des aliénés. Congrès de Limoges, 1901. *Écho médical de Lyon,* septembre 1901.

[2] Oddo (de Marseille). — Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. *Presse méd.,* 30 sept. 1899.

premier, malgré ses mouvements quelquefois très violents, peut écrire sans que les caractères qu'il trace soient modifiés ; le second, par contre, a une écriture en zigzag et peu lisible.

Il semble donc que les caractères entre les deux maladies soient assez tranchés, malgré l'identité de certains d'entre eux, pour que le diagnostic soit d'ordinaire assez facile. Mais il faut compter avec les cas frustes, anormaux, plus fréquents que les cas types. La difficulté s'accroît encore lorsqu'aux phénomènes objectifs viennent se joindre des troubles mentaux quelquefois identiques.

Enfin, lorsque, comme dans la *chorée variable,* il existe une similitude presque absolue des symptômes, le diagnostic peut être plus hésitant encore, malgré que M. Brissaud[1] lui-même ait essayé, avec sa netteté habituelle, de différencier ces deux formes cliniques.

« Si, comme l'a si fréquemment et si chaleureusement soutenu Charcot, la chorée de Sydenham relève surtout de la prédisposition *neuropathique,* il n'en est pas moins vrai qu'elle survient le plus souvent à la suite d'un incident *toxique ou infectieux.* Elle est notablement plus fréquente chez les enfants et chez les adolescents que chez les adultes. Elle a une *période d'augmentation,* une *période d'état,* une *période de déclin.*

« Les circonstances qui en font varier l'intensité au cours de cette évolution habituelle, ne sont jamais assez puissantes pour la supprimer momentanément, soit du jour au lendemain, soit d'un moment à un autre moment de la même journée.

« Une ou plusieurs accalmies passagères, suivies d'une ou plusieurs recrudescences, lui confèrent parfois le caractère rémittent. On a même décrit des chorées intermittentes. Il y a cependant loin de là aux atténuations et aux exaspérations si soudaines et si inattendues de la forme de chorée que j'ai en vue. Aucun des attributs pathologiques dont l'énumération précède n'appartient à la chorée variable. Celle-ci a en outre deux caractères qui font défaut à la chorée de Sydenham : le premier consiste dans la multiplicité des formes des mouvements et le second dans le fait que le malade peut faire cesser momentanément ses mouvements involontaires par un effort de

[1] Brissaud. — La chorée variable des dégénérés. *Revue neurologique,* 1896. n° 14.

volonté. Pour toutes ces raisons, l'assimilation des deux types cliniques n'est pas possible et il me paraît certain que, dans la pratique, la confusion de l'un avec l'autre ne sera jamais commise. »

Il est plus difficile de ne pas distinguer le tic de la *chorée chronique d'Hungtinton,* non pas que les phénomènes moteurs qu'on observe dans celle-ci soient caractéristiques ; au contraire, ils ont de nombreux points de ressemblance avec le tic et aussi avec la chorée variable, mais les troubles mentaux ont ici une marche progressive qui se traduit par un affaiblissement des facultés intellectuelles qui finit par aboutir à la démence et à la mort.

La chorée *rythmique hystérique* est caractérisée par des mouvements rythmés qui reproduisent des actes voulus, logiques, intentionnels, qui se produisent sous forme d'accès plus ou moins longs (chorée saltatoire, natatoire, malléatoire) qui se répètent à intervalles égaux. Ils se développent le plus, comme l'indique leur nom, chez des hystériques avérés.

Dans la *chorée de Bergeron* ou chorée électrique (électrolepsie de Tordeus), les mouvements sont très brusques, très rapides et ressemblent à une décharge électrique répétée d'une façon rythmée, à intervalles rapprochés ou à plusieurs minutes de distance. Ils cessent pendant le sommeil. Elle est presque toujours sous la dépendance d'un trouble gastrique et se termine fréquemment par la guérison. Elle serait, pour M. Pitres, « une manifestation de l'hystérie infantile, une variété de spasmes rythmiques hystériques ».

La chorée de Dubini a un début brusque et s'accompagne de douleurs intenses, continues, occupant la tête, la nuque, etc., et de secousses électriques, d'abord localisées, mais qui deviennent bientôt générales. On observe aussi de grandes crises convulsives sans perte de connaissance, avec quelquefois des parésies des membres. Elle se termine le plus souvent par la mort. Elle ne peut être confondue avec les tics.

La chorée fibrillaire de Morvan est une maladie de l'adolescence qui s'accompagne de contractions fibrillaires et cesse à l'occasion des mouvements volontaires. Morvan lui-même a convenu qu'il s'agissait d'une forme de la maladie de Friedreich.

IV

Nous avons déjà dit à plusieurs reprises que nous estimions que le tic devait être distingué du groupe des myoclonies dans lequel on avait voulu le faire entrer. Comme le disent très justement MM. Meige et Feindel, myoclonie est synonyme de convulsions musculaires cloniques; c'est donc un symptôme et non un syndrome comme le tic. Il est, certes, des cas où, comme l'a si judicieusement fait observer M. le professeur Raymond, on ne peut se prononcer sur la nature exacte des phénomènes moteurs, mais le plus souvent on fera la distinction entre le tic et les mouvements anormaux désignés sous le nom de myoclonies.

Parmi celles-ci, le *paramyoclonus multiplex* de Friedreich est la seule affection qui ait conservé une certaine autonomie, une individualité clinique spéciale.

Elle est caractérisée par des secousses musculaires cloniques se produisant d'abord dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs et se généralisant ensuite dans toutes les régions du corps. Les muscles symétriques sont atteints ; la face est épargnée. Les contractions musculaires qui sont instantanées, involontaires, arythmiques surviennent à intervalles variables et leur fréquence est exagérée par le repos au lit. Elles augmentent de nombre et d'intensité à la suite d'une excitation périphérique telle que le froid, une piqûre, le chatouillement, etc.

Elles disparaissent pendant le sommeil, diminuent dans la station debout et cessent pendant la marche. Elles ne gênent pas les mouvements volontaires et, comme le fait justement remarquer Schultze[1], le paramyoclonus ne se reconnaît pas chez un malade couvert de ses vêtements.

On voit, d'après cette description, qu'il est difficile de confondre le paramyoclonus avec les tics. Mais il s'en faut que tous les cas soient aussi typiques et superposables au tableau clinique qu'en a fait primitivement Friedreich.

[1] SCHULTZE. — Hoher Chorea, poly und monoklonie. *Neurolog. Centralblatt.*, n° 23, 1897.

Dans une observation de M. le professeur Lemoine[1], les secousses musculaires furent accompagnées de troubles psychiques et d'écholalie.

Le professeur Raymond cite le cas d'une malade atteinte de paramyoclonus multiplex type et qui a eu auparavant des tics de la face. Il relate aussi l'observation d'un malade, dégénéré physique et mental qui, en même temps que le paramyoclonus, avait des mouvements choréiques et des tremblements.

C'est dans ces cas d'association que le diagnostic peut offrir quelques difficultés.

V

L'*hémiathétose* qui accompagne les hémiplégies ne peut guère être confondue avec les tics. Il n'en est pas de même de l'*athétose double* qui, dans certains cas, peut être très difficile à différencier de ceux-ci et plus particulièrement de la chorée variable.

« Tous les auteurs ont insisté sur ce fait que les mouvements athétosiques de la face *reproduisaient une foule d'expressions mimiques :* le *rire,* le *pleurer,* l'*admiration,* l'*étonnement,* on peut en dire autant de beaucoup de grimaces choréiques; ces dernières ont cependant plus de brusquerie, elles sont moins fondues les unes avec les autres. S'il n'y a pas dans la chorée variable, en particulier, les temps d'arrêt souvent assez longs qui séparent entre elles les grimaces tiqueuses, du moins les mouvements du visage ne se suivent-ils pas d'une façon ininterrompue comme dans l'athétose.

« Les gesticulations des membres sont encore plus faciles à distinguer dans cette dernière par leur *caractère serpigineux,* leur outrance et les déformations qu'elles entraînent principalement dans le *sens de l'extension forcée.*

« On constate aussi assez fréquemment dans l'athétose double une *rigidité musculaire spéciale* et de l'*exagération des réflexes.* Enfin, les troubles psychiques atteignent rapidement un degré très accentué.

[1] Lemoine. — Note sur un cas de paramyoclonus multiplex suivi de troubles psychiques et d'écholalie. *Revue de médecine,* novembre 1892.

« Or, c'est précisément chez des sujets dont la déchéance mentale est déjà grande qu'on a décrit des mouvements nerveux qui rappellent beaucoup ceux de l'athétose, sans qu'on puisse cependant affirmer qu'il s'agisse réellement d'athétose double. Aussi a-t-on parlé d'une pseudo-athétose » (Meige, Feindel.)

Les tremblements divers de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante, de la maladie de Basedow, les tremblements séniles, toxiques, hystériques, neurasthéniques, les tremblements essentiels héréditaires (névrose trémulante) de MM. Achard et Soupault se distingueront des tics par l'amplitude qui est restreinte et aussi par le rythme qui est régulier et rapide.

M. Van Gehutchen a publié un cas où un tic du cou coexistait avec un tremblement intentionnel du bras du même côté.

Enfin, M. Letulle a distingué un *tic de tressaillement* qui se manifeste par une brusque secousse de tout le corps et que, pour cette raison, on ne confondra pas avec une forme de tremblement.

Nous avons eu l'occasion de donner plusieurs fois déjà les caractères différentiels des tics et des *crampes* ou *névroses professionnelles.* Celles-ci ne se produisent qu'*à l'occasion de la mise en jeu de la fonction ou de la profession et uniquement en cette occasion.*

M. Grasset distingue les *spasmes post-professionnels* « qui se produisent en dehors de l'exercice de la fonction et la reproduisent à contre-temps », des *spasmes intraprofessionnels* « dans lesquels on ne peut plus faire le mouvement professionnel voulu ».

Nous avons suffisamment insisté sur les associations des crampes professionnelles et nous rappelons que M. Duchenne (de Boulogne), M. de Quervain et, tout dernièrement, M. Destarac et M. Meige en ont donné des observations intéressantes.

CHAPITRE IX

Évolution des Tics — Marche — Durée — Terminaison — Pronostic

Les tics ne présentent pas une évolution régulière. Cette évolution est d'ailleurs variable avec chaque cas et ne se prête pas à une description d'ensemble.

On peut dire cependant que, d'une façon générale, le *début* est insidieux. La première manifestation est un geste, un mouvement habituel reconnaissant des causes très diverses, ainsi que nous l'avons dit ailleurs. Bientôt la cause disparaît, mais le mouvement convulsif persiste, toujours lié à un état mental particulier. Le tic est constitué. Comme le disent MM. Meige et Feindel, « il semble qu'au début le tic ne s'installe qu'avec une certaine hésitation, après une période de tâtonnement ».

A partir de ce moment, le tic évolue de diverses manières. Tantôt il est continu, et c'est sans interruption que le tiqueur se livre à ses mouvements impulsifs ; tantôt le tic subit des arrêts momentanés sous l'influence d'une distraction, d'un repos absolu, d'une émotion, d'une maladie, etc. Cependant, si ces causes peuvent quelquefois faire cesser un tic, quelques-unes d'entre elles peuvent aussi, dans certaines circonstances, les faire réapparaître ou les exagérer.

Le repos au lit, le calme et tout ce qui est susceptible de procurer quelque satisfaction au malade peut atténuer les tics.

Le tic n'est pas toujours localisé à une seule région, on peut en observer plusieurs chez le même malade. Ils se montrent parfois successivement dans des régions différentes, se substituant les uns aux autres.

La *durée* est toujours fort longue. Mais les tics ne constituent pas une affection absolument incurable, comme on l'avait pensé jusqu'à ce jour.

La *terminaison* la plus fréquente serait même assez favorable, dans ce sens que l'on peut toujours espérer une amélioration considérable et assez souvent la guérison, lorsque la maladie n'est pas abandonnée à elle-même et qu'on la traite avec persévérance.

Le tic peut être, soit augmenté, soit atténué par une maladie intercurrente.

Dans quelques cas cependant, heureusement rares, les tics ont une telle violence que les malades tombent dans la tristesse, la mélancolie, désespérés qu'ils sont par la ténacité d'un mal que rien ne soulage. Ils ont alors des idées de suicide et parfois, comme dans l'obsession, la tentation devient tellement forte qu'ils essayent de mettre à exécution leur désir d'en finir avec une vie de lutte et d'angoisses.

La peur du ridicule dans quelques cas est une des causes de suicide.

S'il est vrai qu'abandonné à lui-même le tic n'a pas de tendance à guérir spontanément, il n'en est plus de même lorsqu'on le soigne comme nous allons le voir.

Ainsi traité, le tic est curable, mais les chances de guérison dépendent de plusieurs causes.

D'abord de l'état mental du tiqueur. Cela se conçoit parfaitement quand on sait que les manifestations psychiques sont les facteurs les plus importants des tics.

Les troubles moteurs, malgré qu'ils soient les signes les plus apparents et ceux qui frappent le plus les malades, sont moins importants au point de vue du pronostic ; le tiqueur guérit d'autant plus vite et d'une façon d'autant plus complète et durable que l'état mental est moins atteint de ce déséquilibre spécial dont nous avons parlé.

On peut dire, enfin, que d'une façon générale les chances de guérison sont en raison directe de l'âge du malade et de l'ancienneté du tic.

CHAPITRE X

Traitement

Jusqu'à ces dernières années, le tic avait été considéré comme un syndrome à marche essentiellement chronique et à peu près incurable.

Des cliniciens éminents, tels que Duchenne, Axenfeld, Guitrac, Trousseau, Charcot lui-même, et, après lui, Guinon, Gilles de La Tourette, Oddo, etc..., affirmaient que si les tics ne constituaient pas une maladie grave, ne mettant pas en danger les jours de celui qui en était atteint, celui-ci devait se résoudre à vivre avec son infirmité. Une fois établis, les tics avaient la réputation de ne pas rétrocéder quel que fût le traitement employé. De nos jours, au contraire, on envisage d'une façon moins sévère la situation des tiqueurs.

S'il est vrai que dans quelques cas tous les moyens employés sont inefficaces, le plus souvent, semble-t-il, les tics peuvent être améliorés, quelquefois même complètement guéris, lorsqu'on leur applique des procédés thérapeutiques inconnus jusqu'à ces dernières années et qui ont déjà donné des résultats encourageants.

Les tics étant constitués par deux ordres de phénomènes, les uns moteurs, les autres mentaux, il était légitime qu'on pensât à leur appliquer un double traitement : l'un s'adressant aux phénomènes moteurs et qu'on pourrait appeler *objectif,* l'autre ayant pour but de modifier l'état mental et tous les troubles qui en dépendent, celui-ci pouvant, par opposition, être désigné sous le nom de traitement *subjectif* ou *psychique.*

I

Le traitement objectif ou musculaire comporte plusieurs espèces de médications : les unes médicamenteuses, hygiéniques, voire même chirurgicales, physiques, mécaniques, orthopédiques ; les autres consistent en des procédés de rééducation des mouvements qui ont été récemment préconisés.

A. Traitement médicamenteux. — Presque tous les médicaments sédatifs en usage dans les maladies convulsives ont été employés contre les tics, d'ailleurs avec un égal insuccès. Il faut écarter tout d'abord les médicaments auxquels les malades, en raison de leur état mental, pourraient s'habituer. Comme tous les névropathes, les tiqueurs deviennent facilement morphinomanes, éthéromanes, cocaïnomanes, etc. Les bromures, le chloral, l'opium n'ont guère d'action.

MM. Grasset et Rauzier se seraient bien trouvés des injections de morphine, d'atropine, de curare, des inhalations d'éther et de chloroforme. MM. Meige et Feindel préfèrent « les préparations de valériane dont l'effet sédatif n'est pas douteux et dont la saveur désagréable n'est pas faite pour encourager les abus ».

Certains succès auraient été obtenus par l'association du bromure et de l'opium (Flechsig), mais il est probable qu'il s'agissait dans ces cas de manifestations convulsives d'origine comitiale.

B. Hygiène, régime, traitements physiques. — Les soins hygiéniques et le régime alimentaire ne sont pas sans influence sur les tiqueurs. Certaines manies de nourriture et de boisson, corrigées à temps, peuvent modifier certains tics, de même que la façon de manger sans gloutonnerie, ni avec trop de rapidité.

Les *bains de mer* doivent être déconseillés en général ; cependant, dans certains cas, les voyages en mer et le séjour dans les stations maritimes ont donné de bons résultats.

L'*hydrothérapie,* sous forme de douches tièdes de 28 à 30 degrés, peut rendre des services.

L'*électrothérapie* a été employée avec des succès divers. Briquet, Duchenne (de Boulogne), Benedeit, Erbe, Destarac, etc., ont obtenu

quelquefois des améliorations, voire même des guérisons, par ce procédé thérapeutique. La galvanisation a paru donner de meilleurs résultats que la faradisation. Gilles de La Tourette recommande de combiner l'électricité statique avec l'hydrothérapie et l'isolement. Le plus souvent, il faut le reconnaître, l'électricité est impuissante.

Le *massage* est quelquefois utile. Le *repos au lit* a été conseillé aussi dans le traitement des tiqueurs. Rester dans la journée deux ou trois heures couché est un excellent moyen sédatif pour combattre l'agitation musculaire.

C. Le *traitement chirurgical* a été discuté et jugé par M. Brissaud en termes sévères. C'est surtout dans les tics du cou que les chirurgiens sont intervenus en pratiquant des sections tendineuses ou des élongations nerveuses, dans le but de faire cesser une déviation de la tête. Le résultat de cette intervention se traduisait toujours par une paralysie passagère, à laquelle les chirurgiens remédiaient en faisant exécuter aux malades des mouvements plus ou moins complexes.

Aussi, comme l'a dit si sagement M. Brissaud[1], « le seul procédé efficace est celui que les chirurgiens recommandent après l'opération et que nous recommandons avant. Ici, patience et longueur de temps font plus que force intervention ni que rage opératoire ».

II

Traitement rééducateur

Quoique certains auteurs, dès le commencement du XIXe siècle, aient parlé, d'ailleurs en termes vagues, de *rectification des mouvements* (1821) *de gymnastique médicale,* destinée à rompre la *périodicité de certains gestes convulsifs* (Jolly, Blache, 1830, 1854), c'est Trousseau, en 1864, qui, le premier, a conseillé la gymnastique ordonnée. « Elle consiste, disait-il, à exécuter, avec les muscles

[1] BRISSAUD. — Contre le traitement chirurgical du torticolis mental. *Revue neurologique,* 1897, p. 37.

affectés de convulsions, des mouvements commandés et à les exécuter d'une *façon régulière*, en suivant une mesure que donne, par exemple, le mouvement d'un métronome ou le balancier d'une horloge. »

Depuis cette époque on s'était peu ou pas occupé du traitement conseillé par Trousseau.

Il faut arriver jusqu'en 1893 pour le voir repris par M. Brissaud qui, dans une leçon mémorable sur le torticolis mental, conseille une méthode de traitement des tics par l'*immobilité commandée*, méthode comparable quant au principe à celle de Trousseau. Toutefois, les règles de ce mode thérapeutique ne furent nettement établies et précisées qu'en 1897 par M. Feindel[1]. Appliquée tout d'abord exclusivement au traitement du torticolis mental, cette méthode fut plus tard généralisée et employée indistinctement dans tous les tics par MM. Meige et Feindel qui en firent, en 1901, un exposé détaillé dans un article de la *Presse médicale* ayant pour titre : « Traitement des tics par l'immobilisation des mouvements et des mouvements d'immobilisation ».

A. Méthode de Brissaud, Meige et Feindel. — Ce traitement se compose de deux parties inséparables l'une de l'autre et qui se complètent réciproquement. Dans un premier temps, on apprend au malade à garder l'immobilité pendant une durée de temps plus ou moins longue. Dans le second, on fait exécuter au malade des mouvements commandés. Dans la même séance, on fait faire alternativement des exercices d'immobilité et des mouvements commandés. Les séances durent en moyenne une demi-heure ; elles sont répétées de trois à cinq fois par jour, autant que possible aux mêmes heures ; elles ne doivent jamais entraîner de fatigue.

Au début du traitement, le malade doit faire ses exercices d'immobilité dans la position assise. On l'installe commodément, puis on lui commande de rester immobile en lui suggérant qu'il le peut, qu'il triomphera de son mal. Peu à peu, le tiqueur parvient à garder l'immobilité pendant plusieurs minutes. Lorsqu'il arrive à une immobilité de cinq minutes, on peut commencer les mêmes exer-

[1] FEINDEL. — Le traitement médical du torticolis mental. *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1897, n° 6.

cices d'immobilité dans la position debout, puis pendant la marche ou pendant que le malade exécute des mouvements variés.

Quant aux mouvements d'immobilisation, ils consistent en mouvements lents, réguliers, sans secousses, que l'on fait exécuter au commandement par les muscles de la région où siège le tic. Ces mouvements sont donc variables avec chaque tic.

En même temps qu'on oblige les malades à fixer leur attention, ces divers exercices favorisent la rééducation de la volonté, car ce n'est que par des efforts répétés de volonté qu'ils exécutent les mouvements qu'on leur commande et qu'ils résistent à leurs gestes convulsifs habituels.

Dès les premières séances, une amélioration rapide se produit; mais, en général, après ce premier résultat, l'état des tiqueurs reste stationnaire pendant un certain temps ou ne se modifie que très lentement. Il ne faut pas se décourager et l'on doit continuer patiemment les exercices méthodiques. Cette persévérance est le plus souvent couronnée de succès.

Le traitement ne doit pas cesser avec la disparition même complète du tic. Il faut le continuer encore pendant longtemps si l'on veut avoir une guérison définitive.

Méthode de Dubois (de Saujon). — M. Dubois (de Saujon) remarqua que lorsqu'on sollicitait l'attention des tiqueurs, leurs mouvements convulsifs s'arrêtaient pendant quelques instants. Il pensa alors « qu'en habituant, par des exercices méthodiques, le malade à rester immobile comme une statue dans une position favorable au repos et pendant un laps de temps déterminé; qu'en faisant cela avec autorité, par suggestion verbale (sans hypnose), on arriverait à imposer suffisamment l'*image du calme possible* pour que ce calme puisse se réaliser dans l'inconscience et impressionner ainsi les centres producteurs des tics[1] ».

Méthode de Pitres. — Les succès obtenus dans le bégaiement par la gymnastique respiratoire donnèrent l'idée à M. Pitres d'en rechercher les effets dans les tics Les essais qu'il fit dans ce sens

[1] DUBOIS. — *Traitement de la maladie des tics* (Communication faite à la Société de thérapeutique de Paris, séance du 27 mars 1901).

furent suivis d'améliorations qui justifièrent ses prévisions. M. Cruchet[1], dans sa thèse, a nettement précisé les règles de l'athmothérapie préconisée par son maître le professeur Pitres. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici le passage de cette thèse relatif à l'application de cette méthode. « Le sujet tiqueur est placé droit, la tête fixe, le dos contre un mur, les talons joints, les bras appliqués tout d'abord contre les cuisses. Pendant deux à trois minutes, il récite à haute voix une fable quelconque en faisant fréquemment et régulièrement, tous les deux ou trois vers, par exemple, une inspiration lente et profonde. Les deux ou trois minutes consécutives sont consacrées à des inspirations et expirations, également longues et profondes, avec élévation lente des bras dans l'inspiration, leur abaissement lent dans l'expiration. »

« Les premiers jours, on répétera ces exercices toutes les trois heures, en moyenne, puis on espacera les intervalles en augmentant peu à peu la durée de chaque séance ; on arrivera ainsi à faire des séances de douze à quinze minutes, rarement plus, trois à quatre fois par jour. On continuera ainsi pendant un temps variable, selon les sujets, et on suivra alors, en sens inverse, les étapes parcourues. Revenu au point de départ, on espacera alors les séances, on en réduira le temps peu à peu, et progressivement on finira par les supprimer complètement. »

Ainsi que le prouvent un certain nombre d'observations, l'atmothérapie agit non seulement sur les tics respiratoires, mais aussi sur tous les autres tics, et ses heureux effets sur les manifestations convulsives s'accompagnent toujours d'une amélioration sensible de l'état mental du tiqueur.

MM. Meige et Feindel, dans leur dernier travail, ont insisté sur l'utilité d'un nouveau procédé rééducateur dont ils ont déjà éprouvé l'utilité et les bons effets chez certains de leurs malades. Ils ont eu l'ingénieuse idée d'utiliser les *mouvements en miroir* pour corriger certains tics. « Ce mode de traitement, disent-ils, a l'avantage de se prêter à un grand nombre de combinaisons qui permettent de tenir toujours en éveil l'attention du malade, et pour que ce dernier parvienne à atteindre le but proposé, il est tenu d'exercer une surveil-

[1] R Cruchet. — *Loc. cit.*

lance permanente sur ses gestes intempestifs; ainsi il apprend à discipliner sa volonté. Enfin, si les troubles moteurs sont unilatéraux, la bonne exécution des mouvements du côté sain facilite singulièrement la correction des fautes motrices du côté malade.

« En résumé, la méthode des mouvements en miroir constitue un procédé de traitement facilement applicable, et dont les bons effets se confirment en maintes occasions. Les tiqueurs en bénéficient certainement [1]. »

III

Le traitement subjectif ou psychique comprend la suggestion hypnotique et à l'état de veille, l'isolement et la psychothérapie proprement dite.

A. La *suggestion hypnotique* est rarement employée. Malgré qu'elle ait donné, dans quelques cas, des résultats encourageants, probablement chez des tiqueurs hystériques, nous pensons qu'il vaut mieux n'y avoir pas recours, en raison de l'inconvénient qu'elle a de diminuer la volonté. C'est précisément l'inverse que l'on se propose de produire, le tiqueur étant le plus souvent un aboulique.

Mais si la suggestion hypnotique nous paraît devoir être écartée, nous pensons, au contraire, que la *suggestion à l'état de veille* peut produire d'excellents résultats.

Elle tient en éveil l'attention des malades et elle favorise l'éducation de la volonté dont on sollicite sans cesse les efforts. Et ne peut-on se demander si les différentes méthodes rééducatrices dont nous venons de parler n'agissent pas par suggestion ? Sans doute, il y a plus que cela et les mouvements variés que l'on fait exécuter aux malades sont très utiles, nous en avons eu souvent la preuve, ils fixent leur attention et leur volonté, et c'est là ce qu'il faut obtenir dans les tics.

B. L'*isolement*, qui peut agir aussi de la même façon, ne s'impose pas chez tous les tiqueurs. Ils peuvent très bien guérir chez

[1] MEIGE et FEINDEL. — *Loc. cit.*

eux, mais à la condition indispensable d'accepter les visites fréquentes du médecin, qui présidera à certains exercices, et à la condition aussi de confier, en son absence, la direction du traitement à des personnes intelligentes, dévouées, jouissant d'une autorité suffisante sur le malade.

Il peut arriver qu'on trouve dans la famille ces collaborateurs indispensables du médecin qui surveilleront avec dévouement et fermeté les séances d'immobilité et de mouvements. Mais, en général, les parents, nerveux eux-mêmes, n'ont ni la patience, ni surtout la persévérance nécessaire pour mener à bien la guérison. La plupart sont insouciants, faibles et craignent d'aggraver la maladie en attirant l'attention du tiqueur sur son infirmité. Quelques-uns, au contraire, se mettent en colère, croyant à la mauvaise volonté, et multiplient les observations et les punitions injustes. Celles-ci ne font qu'augmenter les manifestations convulsives, et les troubles psychiques ne font que s'aggraver.

On doit imposer aux malades, enfants ou adultes, un programme de vie journalière en variant les occupations et les distractions, et il est indispensable de le faire exécuter sans faiblesse, comme sans impatience.

Il est utile quelquefois d'interrompre, pendant quelques jours, le traitement, celui-ci amenant, surtout les premiers temps, une certaine fatigue qu'il ne faut pas exagérer. Dans les cas où ces conditions ne pourraient être réalisées dans la famille, alors il est nécessaire, indispensable même, d'isoler le malade de son milieu habituel qui devient plutôt nuisible, et de le soumettre, dans un établissement spécial, à cette discipline physique et psychique sans laquelle tout espèce de traitement reste infructueux.

C. Psychothérapie. — Celle-ci a été définie d'une façon remarquable par M. Brissaud : « Ce qu'on appelle psychothérapie, dit-il, n'est autre chose qu'un ensemble de moyens destinés à montrer au patient par où pèche sa volonté et à exercer ce qui lui en reste dans un sens favorable. Dans le cas particulier, le mal se borne au défaut de la volonté inhibitrice capable de réfréner un caprice cortical. Ces mots n'ont rien de métaphorique et la méthode n'a rien de mystérieux ; elle n'exige aucune compétence spéciale, en dehors de la fermeté douce et encourageante qui est la première vertu d'un éducateur.

« Le médecin se fait éducateur, en effet, sans rien emprunter aux pratiques plus ou moins occultes de la suggestion hypnotique. De cela surtout il faut qu'il se défende, car le malade doit être immédiatement prévenu que sa collaboration est indispensable... C'est donc sa propre volonté qui agira et non l'influence personnelle de l'éducateur. Celle-ci s'exercera seulement en soutenant les efforts du patient, en lui faisant mesurer le terrain gagné petit à petit, en le contraignant à la soumission souscrite d'avance pour la durée des exercices comme pour celle du repos [1]. »

On ne peut mieux dire. Nous ne saurions donc mieux terminer ce rapport que par ces conseils donnés au médecin appelé à donner ses soins aux tiqueurs et aux tiqueurs eux-mêmes qui, par leur docilité, doivent aider celui-ci dans une tâche souvent difficile.

[1] BRISSAUD. — *Loc. cit.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aimé. — *Un cas de tic élocutoire guéri par la méthode de rééducation et d'entraînement.* Revue médicale de l'Est, 1er janvier 1901.

— *Traitement de certains tics considérés comme des syndromes émotionnels.* Revue de psychologie clinique et thérapeutique, septembre 1901.

Allard. — *Tics chez les aliénés.* Thèse de Lyon, 1886.

Anderson et Smith. — *Torticolis spasmodique.* Lancet, 7 janvier 1893.

Armangué y Tuset. — *Mimiasmo o neurosis imitante.* Barcelone, 1884.

Babinski. — *Hémispasme, contribution à l'étude du torticolis spasmodique.* Société de neurol. de Paris, 1er février ; Revue neurologique, 1900, p. 142.

— *Hémispasme et torticolis spasmodique.* Société de neurol. de Paris, 4 juillet 1901.

— *Sur la paralysie du mouvement associé de l'abaissement des yeux.* Société de neurologie de Paris, 7 juin 1900 ; Revue neurologique, 1900, p. 525.

Ballet. — *Tic non douloureux de la face datant de trente-sept ans, guéri par une paralysie faciale.* Soc. de neurologie de Paris, 4 juillet, in Revue neurologique, 1901, p. 645.

— *Les psychoses.* Traité de médecine, vol. VI. État mental des dégénérés, p. 1155.

Béard. — *Les sauteurs du Maine.* Journ. of. nerv. and mental diséase, 1880, n° 7, p. 487.

BECHTEREW (VON). — *Sur deux cas de tic de la face.* Oborenie psychiatrii, 1899, nº 12.

BEER. — *Traitement des tics convulsifs.* Wiener med. Blätter, juillet 1897.

BÉNÉDIKT. — *Torticolis tonico-clonique.* Collège méd. de Vienne, anal. in Semaine méd., 1888, nº 455.

— *Sur la crampe (en général).* Club médical viennois, 23 janvier 1895.

BÉRILLON. — *Le traitement psycho-mécanique de la chorée, des tics et des habitudes automatiques.* Dixième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie, 16 juillet 1901.

BINETTI. — *Contribution à l'étude des névroses professionnelles.* Gazzetta degli Ospedali et delle Cliniche, 7 juillet 1901.

BLACHE. — *Traitement de la chorée infantile.* Garette hebdomadaire, 1864.

BLOCQ. — *Chorées.* Traité de médecine, vol. VI, p. 1207.

BOMPAIRE. — *Du torticolis mental.* Thèse de Paris, 1894.

BONNET DE MALHERBE. — *Tic rotatoire de la tête et du cou.* Union méd., 1876, p. 340.

BOURNEVILLE et NOIR. — *Idiotie congénitale ; atrophie cérébrale ; tics nombreux.* Arch. de neurologie, 1892, nº 74.

BREITMANN. — *Contribution à l'étude de la coprolalie, de l'écholalie et de l'imitation des gestes chez les dégénérés et les aliénés.* Thèse de Paris, 1888.

BRÉRO (VAN). — *Le latah, névrose des Indes néerlandaises.* Nederlandesch tydschrif voor Geneeskunde, 9 février 1895. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1895, p. 939.

— *Observations sur les affections mentales des populations de l'archipel malaisien* (latah, schaman, amok). *Contribution à la psycho-pathologie comparée.* Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, 1896, fasc. 1, pp. 24-70.

BRESLER. — *Contribution à l'étude de la maladie des tics convulsifs.* Neurol. Centralblatt, 1896, nº 21.

BRIAND. — *Tics.* Congrès de Limoges, Revue neurologique, 30 août 1901, p. 790.

BRISSAUD. — *Tics et spasmes cloniques de la face.* Leçon faite à la Salpêtrière, le 8 décembre 1893, publiée dans le Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 janvier 1894.

BRISSAUD.—*Leçons sur les maladies nerveuses, 1re série 1895.* Tics et spasmes cloniques de la face, p. 502.

— *Contre le traitement chirurgical du torticolis mental.* Revue neurologique, 30 janvier 1897, et Travaux de neurologie chirurgicale, 1897.

— *Chorée variable.* Presse médicale, 15 février 1899, n° 13.

— *Leçons sur les maladies nerveuses, 2e série, 1899.* La chorée variable des dégénérés, p. 516.

BRISSAUD et FEINDEL. — *Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires.* Journal de neurologie, 15 avril 1899.

BRISSAUD et MEIGE. — *Trois nouveaux cas de torticolis mental.* Revue neurol., 1895, p. 697.

BRUANDET. — *Un cas d'hémispasme facial.* Revue neurol., 1900, p. 658. — Freinatria e scienze affini del R. Manicomio di Torino, 1898.

BRUNON. — *Tics et tiqueurs.* Normandie médicale, 1892, p. 169.

BUCK (DE). — *Quelques réflexions sur un cas de spasme fonctionnel du cou, torticolis spasmodique, tic rotatoire.* Belgique médicale, 1897, n° 51.

BUSS. — *Contribution à l'étiologie du tic convulsif.* Neurol. Centralbl., 1886, anal. in Arch. de neurol., 1890, t. II, p. 95.

CADIOT, GILBERT et ROGER. — *Note sur l'origine bulbaire du tic de la face.* Revue de médecine, 1890.

CAHEN. — *Contribution à l'étude des stéréotypies.* Arch. de neurol., décembre 1901.

CATROU. — *Étude sur la maladie des tics convulsifs.* Thèse de Paris, 1890.

CHABBERT. — *De la maladie des tics (tics, chorée, hystérie, diagnostic).* Arch. de neurologie, 1893.

CHARCOT. — *Intorno ad alcuni casidi tic convulsivo con coprolalia ed escolalia.* Riforma medica, 1885.

— *Hystérie et tics convulsifs.* Semaine médicale, 1886.

— *Leçons du mardi,* 1887-1888 et 1888-1889.

— *Spasme clonique du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit, datant de huit mois et survenu à la suite de chagrins. Homme de soixante-trois ans.* Leçons du 26 juin et du 10 juillet 1888.

CHARCOT. — *Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques et les tiqueux.* Arch. de neurologie, 1892.

CHATIN (P.).— *2e Note sur un cas de trismus mental.* Revue neurol., 1900, p. 310.

CHAUVREAU. — *Tics coordonnés avec émission brusque et involontaire de mots articulés.* Thèse de Bordeaux, 1888.

CHIPAULT. — *Sur une série de trente-neuf cas de chirurgie du sympathique cervical : trois cas pour goitre exophtalmique, vingt-deux pour épilepsie, sept pour glaucome, trois pour névralgie faciale, un pour migraine ophtalmique, un pour torticolis spasmodique, un pour excitation maniaque, un pour hémiatrophie faciale.* Travaux de neurologie chirurgicale, 1901.

CLAUS et SANO. — *Spasme bilatéral de la face et du cou.* Journal de neurol., 1899, p. 51.

COHN. — *Tic facial, névrose professionnelle (tic de l'horloger).* Neurol. Centralblatt, 1892, p. 21.

COUDRAY. — *Torticolis spasmodique ; résection du spinal.* Association française de chirurgie, XIIe Congrès, 17-24 octob. 1898.

CRAMER. — *Tic convulsif (de Guinon).*

CROUZON. — *Tic d'élévation des deux yeux.* Société de neurologie de Paris, 11 janv. 1900, in Revue neurologique, 1900, p. 54.

CRUCHET. — *Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique.* Thèse de Bordeaux, 1902.

DAVEZAC et Cl. MARTIN. — Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 9 février 1900 ; Journal de médecine de Bordeaux, 1900, p. 191.

DEBOUT. — *Torticolis par contracture des muscles splenius droit et sterno-cleidomastoïdien du côté gauche, guéri par l'électrisation des muscles sains.* Bulletin de la Soc. de chirurg., 1854, et Bulletin de thérap., t. XLIX, p. 64.

DEBROU. — *Sur le tic non douloureux de la face.* Arch. gén. de méd,. juin 1864.

DÉJERINE. — *Sémiologie du système nerveux.* Traité de pathologie générale de Bouchard, t. V, *Tics,* p. 696.

DERSCHEID-DELCOURT (M.). — *Un torticolis d'origine oculaire.* La clinique belge, 23 décembre 1897.

DESCROIZILLES. — *De quelques cas de tics convulsifs.* Revue mensuelle des maladies de l'enfance, août 1890.

DESNOS. — *Spasme du sterno-cleido-mastoïdien gauche.* Soc. méd. des hôpitaux, 5 janvier 1880, et Union méd., 16 mars 1880, p. 422.

DESPORTES. — *Torticolis spasmodique.* Revue médicale, 1825.

DESTARAC. — *Torticolis spasmodique et spasmes fonctionnels.* Revue neurologique, 1891, p. 591.

— *Le syndrome du torticolis spasmodique.* Congrès de Toulouse, avril 1902.

DUBOIS (de Saujon). — *Traitement des tics convulsifs par la rééducation des centres moteurs.* Bulletin général de thérapeutique, 30 avril 1901, p. 617.

— *Du trouble de l'attention chez les tiqueurs.* Bulletin de l'Institut psychologique, 1902.

DUBREUIL. — *Spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien et du trapèze.* Gaz. hebd. des sciences méd. de Mont., 1882.

DUCHENNE (de Boulogne). — *Électrisation localisée,* 1861, pp. 918 et seq.

DUFOUR. — *A propos des tics et des troubles moteurs chez les délirants chroniques. Du syndrome musculaire comme signe pronostic.* Soc. de neurol., 7 novembre 1901 ; Revue neurol., 1901, p. 1069.

DUTIL. — *Hystérie. Chorée hystérique.* Traité de médecine, vol. VI, p. 1371.

ELLIOT. — *Le traitement du torticolis par les interventions sur le nerf spinal.* Annales of Surgery, 1895, t. I.

FEINDEL. — *Le traitement médical du torticolis mental.* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1897, n° 6.

— *Le torticolis mental et son traitement.* Gazette hebdom., 20 févr. 1898, p. 169.

— *Spasmes grimaçants de la face datant de trois mois. Traitement et guérison en quatre jours.* Revue de psychologie clinique et thérapeutique, avril 1899, p. 116.

FEINDEL et MEIGE. — *Tic ou spasme de la face.* Revue neurologique, 15 mars 1898.

— *Les tics et leur traitement.* Masson, 1902.

FEINDEL et MEIGE. — *Revision iconographique du torticolis mental; traitement.* Congrès de Paris, Revue neurologique, 1900, p. 773.

— *Torticolis mental, revision iconographique.* C. R. de la section de neurologie du Congrès de Paris, 1900, p. 513.

— *Quatre cas de torticolis mental.* Archives générales de médecine, janvier 1901, p. 61.

FÉRÉ. — *Tic de la face du côté gauche.* Société de biologie, 1876. Comptes rendus, p. 62.

— *Le tic de Salaam.* Progrès médical, décembre 1883.

— *Crampe fonctionnelle du cou.* Revue de médecine, 1883, p. 769.

— *Contribution à la pathologie des spasmes fonctionnels du cou.* Revue de médecine, septembre 1894.

— *Un cas de chorée variable.* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1898, nº 6, p. 454.

— *Les épilepsies et les épileptiques,* 1890.

— *L'épilepsie choréique.* La Médecine moderne, 1899, p. 209.

— *L'épilepsie et les tics.* Journal de neurologie, 5 sept. 1900, nº 17.

FÉRON. — *Tic guéri par suggestion.* Journal de neurologie, 1899, nº 13, pp. 246 et 251.

FLATAU (G.). — *Rapport entre le tic général et les obsessions.* Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901.

FORNACA. — *Observations cliniques sur le torticolis mental.* Clinica medica italiana, nº 15, nov. 1901.

FORSCHEIMER. — *Ueber torticollis intermittens.* Analyse in Arch. f. Kinderheilkunde, 1889, p. 302.

FOURNIER. — *Quelques considérations sur le tic rotatoire.* Thèse de Strasbourg, 1870.

FRANÇOIS. — *Essai sur les convulsions idiopathiques de la face.* Mémoire présenté à l'Académie royale de Belgique, en 1843, publié en 1848.

FRENKEL (de Heiden). — *De l'exercice cérébral appliqué au traitement de certains troubles moteurs.* Semaine médicale, 1896.

FRIEDREICH. — *Ueber coordinirte Errinnerungskrampfe,* Wirchow's Arch., 1881, p. 430.

Gardner et Gilles.— *Névrectomie dans le torticolis et le rétrocolis.* Australian medical Journal, 1892, p. 613, et 1893, pp. 1 et 49.

Gauthier (E.). — *Des mouvements automatiques rythmiques.* Thèse de Paris, 1898.

Gehuchten (Van). — *Mouvements spasmodiques du membre supérieur droit propagés au sterno-cleido-mastoïdien du même côté.* Soc. belge de neurologie, 29 oct. 1898.

Gellé. — *Du torticolis ab aure læsa.* Cong. franç. de méd. int. de Lyon, oct. 1894, et Tribune méd., 1894, nos 50 et 51.

Gilles de La Tourette. — *Jumping, latah, myriachit.* Arch. de neurologie, n° 22, 1884.

— *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie.* Arch. de neurologie, 1885.

— *Torticolis hystérique.* Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1889, p. 182.

— *La maladie des tics convulsifs.* Semaine méd., 3 mai 1899, p. 153.

— *La maladie des tics convulsifs.* Bollettino delle cliniche, février 1900, p. 92.

Gilles de La Tourette et Damain. — *Un danseur monomane.* Progrès médical, 14 janvier 1893, et Soc. de médecine lég., 9 janvier 1893.

Gintrac. — *Tic non douloureux.* Mot « Face » du Nouv. Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques.

Grasset. — *Un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches.* Leçons de clinique médicale, 1891, p. 466.

— *Tic du colporteur (Spasme polygonal post-professionnel).* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1897, n° 4.

— *Les maladies de l'orientation et de l'équilibre,* 1901.

Grasset et Rauzier. — *Traité pratique des maladies du système nerveux,* 4e édition, 1894, t. II, pp. 568-592 et 547-556.

Graves. — *Cliniques.* Traduction Jaccoud, t. I.

Guertin. — *D'une névrose convulsive et rythmique déjà nommée : forme de chorée dite électrique.* Thèse de Paris, 1881.

Guibert.— *Crampe fonctionnelle du cou.* Revue méd., 1892, p. 317.

GUINON. — *Maladie des tics convulsifs.* Revue de méd., 1886.
— *Tics convulsifs et hystérie.* Revue de méd., 1887.
— *Article « Tic convulsif »* du Dictionnaire encyclopédique.

HALLION. — *Maladies des muscles et des nerfs en particulier.* Traité de médecine Charcot-Bouchard-Brissaud, vol. VI.

HAMMOND. — *Myriachit nova malattia del sistema nervosa.* La médecine contemp., mars 1884.

HARKM. — *Lettre contre le traitement chirurgical du torticolis spasmodique.* Lancet, 1892, t. I, pp. 933 et 1053.

HARTENBERG. — *Traitement et guérison d'un cas de tic sans angoisse.* Revue de psychologie clinique et thérap., janvier 1899, p. 17.
— *Tic de déglutition chez un hystérique, traitement et guérison, considérations.* Revue de psychologie clinique et thérapeut., juin 1899.
— *La psychothérapie nouvelle.* Revue de psychologie clinique et thérap., févr. 1901.
— *La lécithine dans la thérapeutique des affections du système nerveux.* Congrès de Limoges, Revue neurol., 1901, p. 783.

HELDENBERGH. — *Un cas de tremblement fonctionnel de la main droite.* Journal de neurologie, 5 novembre 1901.

HIRSCHFELD. — *Ueber die maladie des tics convulsifs.* Berlin, 1891.

ITARD. — *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix.* Arch. gén. de méd., 1825.

JACCOUD. — *Pathol. int.*, 1870, t. I, pp. 487-90, 1879, pp. 595-598.
— *Traité de pathologie interne*, 1883, t. I, p. 877.
— Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. *Face.* Art. *Hyperkinése de l'accessoire de Willis.*
— *Des impulsions locomotrices systématisées. Spasmes rythmiques.* Gaz des hôpitaux, 1886, n° 147, p. 1185.

JANET. — *L'automatisme psychologique.* Paris, 1894.

JANKE. — *Sur les mouvements musculaires conscients et inconscients dans le bégaiement.* IIIe Congrès des médecins et des naturalistes tchèques à Prague, 1901.

JANOWICZ. — *Tics convulsifs des enfants.* Thèse de Paris, 1891.

KODYM. — *Une nouvelle espèce de spasme fonctionnel (crampe douloureuse des doigts chez une polisseuse de lettres).* Casopis cestrych lekam, 1894, n° 35.

KOPCZINSKI. — *Un cas de névrose à forme de tic convulsif.* Gaceta lekareska, n°s 34-35, 1900.

KÖSTER. — *Ueber die maladie des tics impulsifs.* Deutsche Leitschrift für Nervenkeilkunde, 1899.

LAGRANGE. — *La médication par l'exercice.* Chez F. Alcan, 1894.

— *Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie.* Paris, 1899.

LANDOLT. — *Torticolis oculaire.* Bullet. méd., 1890, p. 573.

LAUTEIRES. — *Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit ; syndromes épisodiques des dégénérés héréditaires de Magnan.* Thèse de Paris, 1885.

LEGRAIN. — *Du délire des dégénérés.* Thèse de Paris, 1895-1886.

LEMOINE. — *Note sur un cas de paramyoclonus multiplex suivi de troubles psychiques et d'écholalie.* Revue de médecine, nov. 1892.

LEMOINE et LEMAIRE. — *Paramyoclonus multiplex.* Revue de médecine, déc. 1889 et fév. 1890.

LENTZ. — *Rotation permanente de la tête à droite.* Soc. belge de neurologie, 4 décembre 1897.

LERCH. — *Tics convulsifs.* American Medicine, 2 nov. 1901.

LESZYNSKY — *Le torticolis spasmodique et son traitement. Deux observations avec guérison.* New-York, med. Journ., 24 nov. 1900, p. 893.

LETULLE. — Article *Tic* du Dictionnaire Jaccoud.

LEWIN. — *Phosphaturie mit Tic convulsif bei einem 3 1/2 jahrigen Kinde.* Arch. f. phys.-diat. Therapie, 1900, p. 281.

LEYDEN. — *Torticolis spasmodique.* Traité des maladies de la moelle.

LUYS et REVILLOT. — *Chorée du langage.* Gazette des hôpitaux, 1880.

LUZENBERGER (DI). — *Tic musculari simplici, tic emotivi, malattia di Gilles de La Tourette.* Napoli, 1897.

— *Absences psychiques chez les hystériques.* Rivista sperimentale di freniatria, 20 déc. 1900, p. 822.

MAGNAN. — *Rech. sur les centres nerveux,* 1893, pp. 279-81, 287-90.

— *Leçons clin. sur mal. ment.,* 1893, pp. 175-81, 197-201.

MARÉCHAL. — *Un cas de torticolis spasmodique.* Journal de neurologie, 1899, nº 11, p. 206.

MARIE (Pierre). — *Spasme névropathique d'élévation des yeux.* Soc. de neurol. de Paris, 18 avril 1901.

MARROTTE. — *Tic non douloureux de nature hystérique reparaissant sous le type quotidien.* Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1851.

MARTAUD. — *Étude sur le tic convulsif simple.* Thèse de Bordeaux, 1897.

MARTIN (Claude). — *Tic congénital associé au bégaiement.* Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux, 29 janv. 1900. Journal de méd. de Bordeaux, 1900, p. 172.

MARTIN (Étienne). — *Deux cas de torticolis mental chez des aliénés. Observations relatives au traitement de cette affection.* Congrès de Limoges, in Revue neurologique, 1901, p. 787. Echo méd. de Lyon, 15 sep. 1901.

MEIGE (Henry). — *Tics variables, tics d'attitude (Observation clinique).* Soc. de neurol., 4 juillet ; Revue neurol., 1901, p. 637.

— *Histoire d'un tiqueur, tics variables, tics d'attitude.* Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 août 1901.

— *Les mouvements en miroir ; leurs applications pratiques et thérapeutiques.* Congrès de Limoges, 1er-8 août 1901. Revue neurologique, 1901, p. 280.

— *Sur les tics.* Congrès de Toulouse, avril 1902.

— *Spasme facial franc.* Société de neurol. de Paris, avril 1902.

— *Tic et fonction.* Revue neurologique, 1902, p. 383.

MEIGE (Henry) et FEINDEL. — *Traitement des tics. Traitement par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation.* Presse médicale, 16 mars 1901, p. 125 ; Extrait in Gazette hebdomadaire, 31 mars 1901, p. 309.

— *Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou.* Soc. de neurol., 18 avril, in Revue neurologique, 1901, pp. 378 et 424.

— *Sur la curabilité des tics.* Gazette des hôpitaux, 10 juin 1901.

— *L'état mental des tiqueurs.* Congrès de Limoges, Revue neurologique, 1901, p. 185, et Progrès médical, 7 septembre 1901.

MEIGE (Henry) et FEINDEL. — *Les tics et leur traitement*. Masson, 1902.

— *Torticolis mental surajouté à des mouvements hémichoréiformes. Guérison du torticolis. Amélioration générale.* Société de neurologie de Paris, 7 nov. 1901; Revue neurol., 1901, p. 1065.

— *Les associations du torticolis mental.* Archives générales de médecine, février 1902.

MITCHELL. — *Torticolis spasmodique dû à des dents cariées.* Méd. chir. transactions, 1883.

MOUSSOUS. — *A propos de la chorée des dégénérés.* Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Nantes, septembre 1901.

MOYER. — *Tic convulsif remplaçant une névralgie sus-orbitaire.* Alienes and neurologist, juillet 1897, p. 397.

MURRI. — *Polyclonies et chorées.* Il Proliclinico, novembre et décembre 1899.

NOGUÈS. — *Torticolis mental.* Soc. de méd. de Toulouse, avril 1899, in Revue de psych. cl. et thérap., juillet 1899, p. 215.

NOGUÈS et SIROL. — *Torticolis mental.* Nouvelle Iconog. Salpêtr., 1899, n° 6. p. 483. Annales de la Policlinique de Toulouse, mars 1900, p. 43.

— *Spasme laryngo-pharyngé avec paresthésie simulant le vomissement.* Arch. méd. de Toulouse, juin 1898.

— *Un cas de paralysie associée des muscles droits supérieurs de nature hystérique.* Soc. de neurologie, 7 mars 1901.

NOIR — *Étude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots.* Thèse de Paris, 1893.

NONNE. — *Deux cas de maladie des tics.* Soc. de Hambourg, 18 janv. 1898.

ODDO. — *Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham.* Presse médicale, 30 septembre 1899. n° 18.

— *Tic de génuflexion.* Marseille médical, 15 mars 1902, p. 166.

OETTINGER. — *La maladie des tics convulsifs.* Amer. Journ. of méd. sciences, n° 329, sept. 1899.

OPPENHEIM. — *Traité des maladies du système nerveux*, 1901.

PASTENA. — *Contribution clinique à la maladie de Gilles de La Tourette et à son application en médecine légale.* Gli Incurabili, Napoli, 1-15 janvier 1901, p. 15.

PATRY. — *De la chorée variable ou polymorphe, chorée des dégénérés.* Thèse de Paris, 1897.

PERRODY. — *De l'aérophagie et de ses rapports avec les dyspepsies flatulentes.* Thèse de Paris, 1901.

PICK (F.). — *Tics de la face avec troubles de la parole.* Soc. des médecins allemands de Prague, 10 mars 1893.

PITRES. — *Spasmes rythmiques hystériques.* Gazette médicale, 1888.

— *Leçons sur l'hystérie.* Paris, 1891.

— *Tics convulsifs généralisés (chorée électrique de Bergeron-Hénoch, électrolepsie de Tordens ou névrose convulsive rythmée de Gueslin) traités et guéris par la gymnastique respiratoire.* Journal de médecine de Bordeaux, 17 février 1901, pp. 106 et 109.

PITRES et TISSIÉ. — *Tic oculaire, etc.* Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 juin 1899, in Journal de médecine de Bordeaux, 9 juillet 1899.

PITRES et RÉGIS. — *Obsessions et Impulsions,* 1902.

POLIDORI. — *Un cas de chorée laryngée chez une hystérique choréique.* Il Policlinico, sezione pratica, Roma, anno VII, fasc. 35, 29 juin 1901, p. 1103.

POPOFF. — *Contracture des muscles du cou datant de deux ans.* Obosrenie psichiatrii, 1899, n° 3, p. 244.

— *Sur la contracture des muscles du cou.* Newrologitchetski Westnik, Bd VII, n° 2, 1899.

— *Contracture corticale fonctionnelle, torticolis mental.* Moniteur russe de neurologie, 1899, fas. 4.

PUJOL. — *Essai sur la maladie de la face nommée le tic douloureux.* Paris, 1787 (Mémoire présenté à la Soc. roy. de méd. de Paris en 1785).

QUERVAIN (DE). — *Le traitement chirurgical du torticolis spasmodique d'après la méthode de Kocher.* Semaine médicale, 1896, p. 405.

RABOT. — *La myoclonie épileptique.* Thèse de Paris, 1899.

RAYMOND. — *Crampe des écrivains.* Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 juin 1895.

— *De l'hérédité en pathologie nerveuse*, pp. 520, 535 ; *Des myoclonies*, 551, 572 ; *Clinique des maladies du système nerveux*, 1re série, 1896 — 4e série, 1901.

RAYMOND et JANET. — *Névroses et idées fixes.* Vol. II, Tics, p. 351 etc., Torticolis mental, p. 376, etc.

— *Note sur deux tics du pied.* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1899, n° 5, p. 353. R. N., 1900, p. 243.

RÉGIS. — *Manuel des maladies mentales*, 1892.

RÉGIS et PITRES. — *Obsessions et Impulsions.* 1902.

RENTERGHEM (VON). — *Un cas de tic rotatoire (spasmes idiopathiques des muscles du cou et de la nuque) rebelle à toutes les médications instituées, y compris le traitement chirurgical, guéri par la psychothérapie.* Journal de neurologie, 20 mai 1898, p. 213.

RIBOT. — *Les maladies de la volonté.* Paris, 1900, 14e édition.

ROTH. — *Histoire de la musculation irrésistible ou chorée anormale.* Paris, 1850.

ROUILLARD et ISCOVESCO. — *L'obsession en pathologie mentale.* Gazette des hôpitaux, 1896.

ROUX (J.). — *Diagnostic et traitement des maladies nerveuses.* Paris, 1901.

RUSSEL (R.). — *Case of fonctionnal wry-neck with clonic spasm of. the palate.* An. in Brain, Spring, 1900, p. 158.

— *Recherches expérimentales sur les racines cervicales et dorsales au point de vue de l'étude du torticolis.* Brain, parts 77 et 78, p. 35, 1897.

SANO. — *Tic de la tête et du cou.* Soc. belg. de neurol., 26 nov. 1898.

SARBO (VON). — *Crampe chronique du masséter.* Monatsch. f. Psychiatrie und neurologie, juin 1900.

SAURY. — *Étude clinique des dégénérés.* Paris, 1886.

SAVILL. — *De la crampe des écrivains et des autres affections nerveuses professionnelles. Observations de paralysie chez un marchand de nouveauté, de crampe des pianistes, de tremblement des brodeurs à la machine et de crampe des télégraphistes.* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1901, fasc. 2.

SCHERB. — *Hémispasme tonique du côté droit constituant un tic mental professionnel. Tic de la mendiante.* Soc. de neurol., 3 mai ; Revue neurologique, 1900, p. 485.

SCHUPFER. — *Sur les myoclonies, étude clinique.* Il Policlinico, vol. VIII, M. 1901.

SCIAMANNA. — *Maladie des tics.* R. Academia medica di Roma, 1893.

— *Tic et paranoia.* Rivista quindicinale di psycologia, psichiatria e neuropat., 1897, vol. I, fasc. 10.

SÉE (G.). — *Des pseudo-chorées rythmiques, spasmes toniques et tics.* Semaine médicale, 26 mars 1884.

SÉGLAS. — *Les troubles du langage chez les aliénés.* Paris, 1892.

— *Les obsessions.* Leçon faite à la Salpêtrière, le 28 janvier 1894, publiée in Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 février 1894.

— *Tic aérophagique et paralysie générale.* Semaine médicale, 11 janvier 1899.

— *Un cas de torticolis mental.* Revue neurol., 1901, p. 114.

SÉRIEUX. — *Hallucinations motrices verbales dans la paralysie générale.* Gazette hebdomadaire, 19 juin 1898.

SEVESTRE. — *Un cas de spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien.* Union méd., 1er sept. 1882.

SGOBBO. — *Un casi di torcicollo mentale.* Il Manicomio moderno, 1898, n° 3, p. 424.

SMITH. — *Torticolis spasmodique.* British med. journ., 1899.

SOURY. — *Les myoclonies, physiologie pathologique.* Annales médico-psychologiques, 1897, p. 398.

SPEHL. — *A propos du traitement de la maladie des tics.* Journal de neurologie, 1899, n° 15, pp. 289 et 294.

STEVENS. — *Facial spasm and its relation to errors of refraction.* Améric. journ. of the med. Sciences, 1900, H. 1, p. 33.

THOMAS (de Genève). — *Contribution à l'étude de la maladie des tics chez l'enfant.* Gaz. des mal. infantiles, 21 oct. 1901.

THORNTON. — *Some curious facts. concerning the Jumping.* New-York, med. Record., 1885.

TISSIÉ. — *Tic oculaire et facial droit accompagné de toux spasmodique, traité et guéri par la gymnastique médicale respiratoire.* Journal de médecine de Bordeaux, 9 et 16 juillet 1899.

TOKARESKI. — *Le myriachit et la maladie des tics convulsifs.* Recueil des travaux dédiés au prof. Kojevnikoff. Moscou, 1890.
— *Myriachit.* Neurol. Centralblatt, 1er nov. 1900 ; anal. in Semaine médicale, 29 avril 1891, p. 184.

TORDEUS. — *De l'électrolepsie ou chorée électrique.* Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacol. de Bruxelles, mars 1883, p. 209.

TROUSSEAU. — Clin. med. Hôtel-Dieu de Paris, t II, 4e édit., pp. 267-268.

TROISIER. — *Article « Face »* in Dictionnaire encyclopédique des sc. méd.

VAULAIR. — *Myoclonies rythmiques.* Revue de médecine, 1882.

VARIOT. — *Un cas de chorée électrique (variété de tic curable juvénile.* Gaz. des hôpitaux, 9 déc. 1901).

VERGOZ. — *Du torticolis spasmodique.* Thèse de Bordeaux, 1888.

VIRES (J.). — *Tics* in Maladies nerveuses, diagnostic, traitement, p. 571. Montpellier, chez Coulet, et Paris, chez Masson, 1902.

VITET. — *Paramyoclonus multiplex et ses rapports avec le tic convulsif d'origine nucléaire,* IIIe Congrès des médecins et des naturalistes tchèques à Prague, 1901.

VIZIOLI. — *Sul myriachit, o sul Jumping, malattie del sestema nervosa.* Giornale di neurop., 1884.

VOGT. — *Les exercices dans la thérapeutique des affections nerveuses fonctionnelles.* Psychiatrische Wochenschrift, nos 27-28, sept.-oct. 1899.

WIEMANN. — *Ueber cen Fall von tic de Guinon,* Gottinger Diss., 1900.

WILLE. — *Un cas de maladie des tics impulsifs,* Menatsch. f. Psych. u. neurol., 1898, p. 210.

ZUBER. — Article *Spasme* du Dictionnaire encyclopédique.

TABLE DES MATIÈRES

LES AUTOACCUSATEURS

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

PAR

Ernest DUPRÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Paris

Médecin des Hôpitaux

Inspecteur-adjoint des Asiles d'aliénés

Expert près les Tribunaux

I

INTRODUCTION

L'histoire médico-légale des autoaccusateurs est actuellement assez riche en observations cliniques et en documents judiciaires pour se prêter à une étude d'ensemble d'un haut intérêt théorique et pratique pour le psychologue, le médecin et le magistrat.

Le psychologue peut y choisir, pour les méditer, les exemples les plus instructifs des altérations de la conscience, des perversions, fondamentales ou passagères, de la personnalité dans ses rapports avec le milieu social et, enfin, les erreurs les plus curieuses du jugement, de la croyance et de la mémoire, dues, chez certains sujets, au mélange temporaire de la vie onirique et de la vie réelle.

Le médecin, et principalement l'aliéniste dans ses fonctions d'expert, y trouvera l'occasion de se convaincre de la fréquence des idées d'autoaccusation, de leur polymorphisme étiologique et clinique, de leurs rapports, si variés et si intéressants, avec l'ensemble

de la sémiologie mentale ; enfin, de la multiplicité des situations médico-légales créées devant les tribunaux par les autodénonciateurs.

Le magistrat, professionnellement enclin à la méfiance vis-à-vis des inculpés qui nient systématiquement et se défendent toujours, pourra se persuader de l'existence d'une catégorie paradoxale de faux coupables, qui s'accusent eux-mêmes de méfaits qu'ils n'ont pas commis ; il apprendra ainsi à étendre sa méfiance jusqu'aux aveux, spontanés ou provoqués, de culpabilité, et à tenir pour suspects, jusqu'à la démonstration objective de la réalité, les autodénonciations les plus vraisemblables de certains sujets.

Les documents cliniques assez nombreux, pour la plupart d'origine récente, sur lesquels repose ce Rapport, sont tous cités ou commentés au cours de mon exposé. J'aurais voulu pouvoir reproduire intégralement, à titre de pièces justificatives, la plupart des observations déjà publiées, chacune étant l'histoire d'un cas particulier d'autoaccusation digne d'intérêt en lui-même et méritant une place dans ce Rapport. En matière d'autoaccusation, en effet, chaque observation est un roman nouveau, dont tous les éléments : personnages, scène, milieu, action, intrigue et dénouement, sont inédits, originaux et possèdent, par conséquent, en eux-mêmes une valeur intrinsèque de grand enseignement. Comme dans une galerie de portraits de haut intérêt, l'étude de quelques figures ne saurait dispenser le critique de l'examen des autres. La place m'a manqué pour composer, de la réunion de tous ces portraits, une galerie complète des autoaccusateurs. Je me suis donc borné à donner les indications bibliographiques et les titres explicatifs des observations empruntées aux auteurs ; je les ai groupées, selon leurs affinités, dans les différents chapitres, en les accompagnant parfois de commentaires et de réflexions, et j'y ai ajouté quelques observations personnelles ou inédites.

Ce Rapport comprend deux parties principales : d'abord, l'étude étiologique et clinique de l'idée d'autoaccusation ; ensuite, l'étude médico-légale des situations judiciaires créées par les autoaccusateurs, ainsi que celle des devoirs et de la conduite des magistrats et des experts vis-à-vis des sujets qui, par la nature de leurs aveux, se désignent spontanément à l'enquête et à la compétence, non pas seulement de la Justice, mais aussi et surtout de la Médecine.

Ces deux parties principales se terminent par l'exposé des

conclusions théoriques et pratiques qui découlent des pages précédentes.

Avant d'entrer en matière, je tiens à exprimer ici ma profonde reconnaissance à mes maîtres les Drs Brouardel et Motet, pour les conseils et les documents que je leur dois, enfin à M. le Dr P. Garnier, non seulement pour les intéressantes observations inédites qu'il a mises à ma disposition, mais surtout pour les trésors d'enseignement psychiatrique et d'expérience médico-légale que, déjà depuis plusieurs années, j'ai recueillis à ses côtés, dans cette incomparable clinique de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Je dois aussi mes plus affectueux remerciements à M. Le Poittevin, professeur à la Faculté de Droit de Paris, pour la charmante obligeance avec laquelle il a mis à ma disposition, à l'occasion de ce travail, les précieuses ressources de son érudition juridique.

II

ÉTUDE ETIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE L'IDÉE D'AUTOACCUSATION

Le concept général de l'idée d'autoaccusation revêt en Psychiatrie une signification beaucoup plus large, plus étendue et aussi plus vague qu'en Médecine légale. En Psychiatrie, le terme d'autoaccusateur s'applique non seulement au malade qui avoue avoir commis un crime déterminé, mais encore au sujet qui porte sur lui-même un jugement défavorable, qui se déprécie, qui déplore sa déchéance physique et morale et exprime des idées générales d'incapacité, d'indignité, de culpabilité et de remords. En Médecine légale, le terme d'autoaccusateur s'applique strictement au sujet qui se dénonce lui-même, comme étant l'auteur d'un délit ou d'un crime, dont il relate, avec des détails circonstanciés, le lieu, l'heure et le mode d'exécution, et dont il doit rendre compte à la justice. En Psychiatrie clinique, l'idée d'autoaccusation suppose nécessairement un processus psychopathique, le plus souvent de nature délirante, et secondaire, soit au syndrome mélancolique, soit à l'onirisme toxique, soit à un délire névrosique, soit à la déséquilibration mentale dégénérative, à forme obsédante, paranoïaque, etc., soit, enfin, à l'affaiblissement démentiel, organique ou sénile. Dans la majorité des cas, l'idée d'autoaccusation, au sens clinique, qu'elle exprime une conviction délirante, un mensonge conscient ou le résultat d'une suggestion réflexe, demeure à l'état de formule platonique et sans portée juridique. En Médecine légale, l'autodénonciation, qui n'implique pas nécessairement, de la part de l'autoac-

cusateur, la croyance à sa faute, la foi en sa culpabilité, comporte toujours, en revanche, l'aveu d'une faute aux autorités administratives ou judiciaires par l'intervention active, spontanée ou provoquée, directe ou indirecte, verbale ou écrite, de l'autoaccusateur. Aussi, l'étude psychopathologique de l'autoaccusation embrasse-t-elle un domaine beaucoup plus étendu que l'histoire médico-légale des autoaccusateurs; celle-ci n'est qu'un cas particulier de celle-là.

Avant d'aborder l'étude médico-légale des autoaccusateurs, je commencerai donc par indiquer les limites du cadre nosologique de l'idée d'autoaccusation, et j'en exposerai l'histoire clinique et séméiologique. Cette étude nous montrera dans quelles catégories de psychopathes se recrutent les autoaccusateurs, quelle extrême variété de moments étiologiques préside à l'éclosion de leur idée et au déterminisme de leur action, et par quelle évolution pathogénique l'*autoaccusation psychiatrique* aboutit à l'*autodénonciation médico-légale*. En éclairant, par certains côtés, l'indépendance relative des processus morbides qui se traduisent, chez l'aliéné, par les altérations du sentiment et les erreurs de la conduite, l'étude des autoaccusateurs mettra en lumière la fréquence, l'autonomie et la haute importance, théorique et pratique, du délire des actes.

*
* *

S'il est aujourd'hui une notion classique en psychiatrie, c'est celle de la non-spécificité des idées délirantes, de l'absence de toute signification pathognomonique de tel ou tel délire en particulier. Toutes les idées délirantes peuvent apparaître au cours des formes cliniques les plus variées de l'aliénation mentale. La valeur séméiologique d'un délire ne réside ni dans sa formule, ni dans son contenu ; elle est liée à son mode d'origine et de développement, à ses caractères cliniques intrinsèques et à ses rapports avec les autres éléments constitutifs du syndrome. Or, comme les idées d'autoaccusation, qui sont si fréquentes et apparaissent dans des affections si diverses, reconnaissent, suivant la nature de ces affections, une origine pathogénique et une valeur séméiologique et pronostique très variables, il convient tout d'abord de rechercher dans quelles affections mentales s'observent les idées d'autoaccusation.

Les idées d'autoaccusation apparaissent au cours des états morbides suivants :

États mélancoliques.

États de débilité, de déséquilibration, d'obsession, de paranoïa, liés à la dégénérescence mentale.

États oniriques des psychoses toxiques (alcoolisme, pyrexies, surmenage).

États délirants des névroses (épilepsie, hystérie).

États démentiels (paralysie générale, sénilité, encéphalopathies organiques).

Dans ces diverses catégories morbides, l'idée d'autoaccusation revêt des caractères très différents, aux points de vue de son étiologie, de son mécanisme pathogénique, de son allure clinique, de sa ténacité et de sa durée, de la netteté de sa formule et, par suite, de ses conséquences pratiques et de sa portée médico-légale, de son pronostic et de son traitement.

Dans de nombreux cas, l'idée d'autoaccusation est émise, en dehors de tout processus délirant, de toute conviction sincère de culpabilité, et dans un dessein, plus ou moins apparent, de forfanterie, de gloriole, ou encore par pur besoin de mensonge, ou même sans but saisissable, dans une sorte d'impulsion psychopathique non motivée à commettre un acte, que rien ne semble rattacher à la vie mentale antérieure ou actuelle de l'autoaccusateur : c'est le cas de nombreux débiles, déséquilibrés ou hystériques. Nous retrouverons ces malades au chapitre des dégénérés.

Avant d'entrer dans l'étude des autoaccusateurs franchement pathologiques, je tiens à signaler ici la fréquence de certains autoaccusateurs, plus ou moins voisins des précédents, et dont l'acte est motivé par des impulsions d'ordre sentimental, qui confinent d'un côté à la déséquilibration émotive la plus suspecte et de l'autre à l'exaltation passionnelle la plus généreuse. Chez ces sujets, l'autoaccusation peut être formulée, à la suite d'un calcul plus ou moins politique, par des individus désireux, pour une raison ou pour une autre, de se substituer au vrai coupable : à cette dernière catégorie se rattachent les autoaccusateurs passionnels, qui dans l'emportement de leur amour, ou dans un élan irrésistible de chevaleresque dévouement, se sacrifient à la place d'un autre et, pour sauver le coupable, s'offrent eux-mêmes au châtiment. Qu'on les emprunte

aux catégories franchement morbides plus haut énumérées ou aux espèces psychopathiques moins précises qui louvoient sur les frontières de la folie, ou enfin qu'on les prenne dans les rangs des sujets passionnels, exaltés par l'esprit de dévouement et de sacrifice, ces autoaccusateurs forment ainsi, à côté de la grande famille pathologique et médico-légale des autoaccusateurs pathologiques, une tribu très voisine, dont les membres, comme tant d'autres représentants de la folie confirmée ou de l'exaltation passionnelle, ont joué dans l'histoire religieuse, juridique, philosophique et littéraire de l'humanité un rôle dont l'intérêt psychologique méritait d'être rappelé ici.

Certaines individualités généreuses et enthousiastes apparaissent ainsi, dans l'histoire, comme des types d'autoaccusateurs chevaleresques, martyrs volontaires de très nobles sentiments et serviteurs héroïques de grandes causes. Ils surgissent souvent, à la faveur de certaines conditions propres à exalter les sentiments altruistes d'ordre passionnel, patriotique, religieux, etc., dans les guerres, les révolutions, les périodes de persécution religieuse, etc. Les lois de l'imitation psychologique, la contagion de l'exemple, multiplient, dans ces crises historiques, *les faits d'autoaccusation sentimentale*, et entraînent jusqu'au sacrifice d'eux-mêmes beaucoup d'individus, capables de s'improviser ainsi, sous certaines influences propices, *autoaccusateurs par altruisme.*

J'étudierai dans les pages suivantes l'idée d'autoaccusation, successivement dans les différents états pathologiques, en rappelant, au cours de chaque chapitre étiologique et clinique, les observations qui en forment le dossier confirmatif et l'illustration documentaire.

I

L'AUTOACCUSATION DANS LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES

Sans entrer ici dans l'histoire critique de la nature et de la signification du syndrome mélancolique ; que celui-ci se rattache à la démence précoce, à la folie intermittente, à l'involution présénile ou sénile du cortex ; qu'il soit la manifestation initiale, isolée et curable d'une prédisposition psychopathique légère, se manifestant sous l'influence de causes occasionnelles puissantes (infections et intoxications graves, traumatismes psychiques, troubles nutritifs profonds, etc.) ou la traduction, permanente et incurable, d'un état vésanique chronique ; la mélancolie a des caractères cliniques qui en font un des syndromes les plus saisissants de la séméiologie psychiatrique.

Ce syndrome évolue avec ou sans délire. C'est dans la mélancolie délirante qu'apparaissent les idées d'autoaccusation. Secondaire à des malaises cénesthésiques plus ou moins profonds, au ralentissement des opérations psychiques et à la douleur morale qui en résulte, le délire mélancolique est de nature pénible, d'allure monotone, de caractère fixe, et s'exprime par des idées qui ne sont que l'interprétation logique, dans la sphère intellectuelle, de l'état de douleur, somatique et psychique, fondamental de l'affection. Objectivant leurs souffrances subjectives et projetant, dans le domaine des représentations externes, leurs troubles cénesthésiques internes, les mélancoliques formulent leur délire en des propos dont le contenu varie suivant le milieu, la culture et le degré intellectuel des sujets, mais dont le thème et le ton demeurent toujours les mêmes. Ce sont des idées d'humilité, d'indignité, d'incapacité, de

ruine, de culpabilité, de remords, de désespoir, de négation, etc., émises, le plus souvent, sur un ton passif et résigné, avec une attitude et une mimique exprimant soit l'inertie, l'affaissement et l'anéantissement, soit le désespoir et l'anxiété. Secondairement et parallèlement à ces idées apparaissent des craintes de damnation, de châtiments, de supplices, etc. L'analyse psychopathogénique de ces idées mélancoliques (Séglas, Vallon et A. Marie, etc.) montre clairement la nature secondaire du délire mélancolique.

Toutes ces idées et toutes ces craintes, diverses dans leurs formules, ne sont que l'expression de la croyance du malade en sa déchéance physique et morale. Elles traduisent, par l'extériorisation du ton affectif, le développement centrifuge progressif du sentiment de diminution et d'abaissement de la personnalité.

Au début de son évolution délirante, le mélancolique n'émet encore que des idées générales d'incapacité, d'humilité et d'indignité. Puis, sous l'influence croissante des perturbations du ton affectif, en proie à une douleur morale inexplicable, le malade ne tarde pas à interpréter la situation dans le sens pessimiste et désespéré d'une *culpabilité* qui, sans se connaître encore, s'affirme cependant, et ne cesse, dans le plus anxieux des examens de conscience, de se chercher elle-même. C'est en vertu du mécanisme formel de la pensée, par des processus d'inférence logique et de déduction raisonnante, que l'automatisme psychologique aboutit, chez le mélancolique, à l'*idée de culpabilité*. Et, *la conviction de la culpabilité étant secondaire au tourment moral,* c'est ici, par une inversion de la chronologie psychologique ordinaire, *le sentiment du remords qui engendre la notion de la faute.*

Nombre de mélancoliques ne dépassent pas, dans leur évolution délirante, *ce stade de culpabilité diffuse :* ils sont alors bien plus coupables qu'autoaccusateurs. Leur culpabilité, qui s'étend à tout, rayonne, dans le passé, le présent et l'avenir, sur tout leur entourage; on peut, dans la conversation, faire avouer aux malades toutes les fautes possibles; ils se chargent alors de tant de crimes qu'ils n'en désignent aucun en particulier qui leur soit plus spécialement imputable. Leur autoaccusation est générale et peut s'étendre, au gré des suggestions de l'interrogatoire, à tous les domaines possibles. Dans son état de doute anxieux et d'inquiétude morale, le malade accepte toutes les responsabilités et ne renie aucune compli-

cité : il se montre donc indéfiniment suggestible à l'autoaccusation. Le délire d'autoaccusation est alors, à ce moment, non seulement à l'état vague et diffus, au point de vue de son expression clinique, mais encore à l'*état platonique,* pour employer l'heureuse expression d'Oudard [1], au point de vue de ses conséquences et de sa portée médico-légales.

C'est sur ce terrain, du *délire diffus et platonique de culpabilité,* secondaire lui-même à l'état mélancolique et aux idées générales d'humilité et d'indignité, que va germer et se cultiver, parmi tant de culpabilités possibles, l'*idée d'une culpabilité particulière,* qui dans la représentation claire d'un crime commis, s'affirme nettement devant la conscience. Vague et nébuleuse à son origine, l'idée de culpabilité, en vertu de l'automatisme logique du travail intellectuel, va prendre corps dans l'espace et dans le temps et se préciser dans son objet.

Le mécanisme qui préside à la détermination de cette idée varie suivant les cas, le niveau mental des malades, le concours des circonstances, etc. C'est tantôt le *grossissement hypertrophique de minuscules peccadilles,* qu'une analyse rétrospective fait découvrir au malade dans son passé; tantôt l'*interprétation calomnieuse d'un trait de conduite indifférent,* et d'ailleurs fort légitime en soi; tantôt le *rappel d'une coïncidence malheureuse* dont le mélancolique veut assumer la responsabilité; tantôt l'*attribution personnelle de catastrophes* que le malade se figure avoir provoquées, simplement parce qu'il les avait souhaitées ou même seulement prédites à leurs victimes. Dans d'autres cas, les éléments de la détermination de la faute sont d'*origine onirique :* c'est à la suite d'un rêve que le malade, cultivant l'idée fixe pénible qui suivit au songe, affirme avoir commis telle ou telle faute. Chaslin [2] a cité, de cette filiation pathogénique du délire, quelques observations intéressantes que nous retrouverons à propos de l'étude des faits analogues dans les psychoses toxiques. Enfin, l'*autosuggestion de la culpabilité* s'exerce souvent, chez les débiles, *aux dépens des événements désastreux ou criminels de l'actualité,* que les malades s'imaginent sincèrement avoir provoqués ou même perpétrés.

[1] Oudard. — *Le délire d'autoaccusation,* thèse de Bordeaux, 1900.
[2] Chaslin.— *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire,* thèse de Paris, 1887.

Morel a publié plusieurs cas d'autoaccusation de nature mélancolique, dans lesquels les malades, s'attribuant faussement la responsabilité de certaines catastrophes, avaient puisé dans l'interprétation morbide de simples coïncidences les éléments occasionnels de leur autodénonciation délirante. A propos de ces observations et du rôle pathogénique occasionnel que peut jouer, dans la genèse de l'autoaccusation mélancolique, l'interprétation morbide des coïncidences, l'illustre aliéniste émet des réflexions qu'il faut citer ici.

« Les médecins qui s'occupent des affections nerveuses ont pu « remarquer cette étrange disposition de la part des malades à « donner une existence réelle à la variété infinie d'impressions et de « pensées, qui, malgré nous, viennent nous assaillir dans les cir- « constances douloureuses ou critiques de la vie. On a des ennemis, « des détracteurs, et des projets de vengeance ont pris involontai- « rement naissance dans l'esprit. Sous l'influence d'une passion, il « surgit dans notre âme mille pensées mauvaises dont on a honte et « horreur, et que l'on combat de toutes ses forces... Eh bien, toutes « ces idées mauvaises ou folles... ont pu, dans un état de folie « réel, revêtir une réalité chimérique et devenir, pour l'aliéné, « quelques-unes de ces idées fixes qui forment la base de son délire « et qui sont si difficiles à déraciner.

« Une femme a prédit à son mari que sa mauvaise conduite lui « attirerait la punition du ciel ; une mère a également cherché à rap- « peler son fils à la vertu par la perspective de la punition divine. « Dans sa douleur, elle s'est laissée aller à des menaces et a souhaité « *hautement* que son pronostic se réalisât... Que peut-il en résulter, « lorsque les événements se réalisent et que, par une coïncidence « fatale, celui qui les a rêvés ou prédits est sous le coup d'une affec- « tion nerveuse qui a pour premier effet d'exalter la sensibilité et « de fausser toutes les perceptions ? La conséquence est facile à « prévoir, et les médecins aliénistes connaissent, mieux que per- « sonne, cette fatale disposition imprimée à la conscience de leurs « malades, qui leur fait prendre pour des réalités de simples produits « de leur imagination. On voit alors des aliénés s'accuser d'être les « auteurs de tel ou tel crime, dont l'existence a coïncidé d'une ma- « nière funeste avec une pensée qui a surgi involontairement dans « leur âme... Ils s'appliquent la doctrine de la coïncidence entre « une pensée impie qui peut surgir dans le cœur humain et la réali-

« sation de cette pensée par des auteurs inconnus. Ils s'accusent « alors d'être les auteurs de la mort accidentelle ou violente de ceux « sur lesquels, dans un moment de vertueuse indignation, ils avaient « appelé la vengeance divine. »

Voici les observations de Morel :

OBSERVATION I

Autoaccusation d'infanticide chez une mélancolique. — Rôle pathogénique occasionnel d'une coïncidence. — Examen médico-légal. — Internement. — Guérison.

(MOREL. — *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1863.)

Une jeune femme vint un jour s'accuser à un magistrat d'être l'auteur de la mort de son enfant. Il s'agissait d'une pauvre créature rachitique, âgée de sept à huit ans, dont elle-même, mère dénaturée, comme elle s'appelait, avait hâté la mort par les mauvais traitements. *Les détails étaient tellement circonstanciés que l'on comprend facilement les perplexités du juge.* Mais une instruction sommaire vint bientôt le tirer d'embarras. Les faits articulés par la malheureuse mère étaient faux. Il fut attesté par le père et par d'autres parents que jamais fils malade et infirme n'avait été soigné avec plus de sollicitude par sa mère. L'enfant était atteint d'une maladie de la moelle épinière, et *il était mort subitement, alors que ses parents étaient à une soirée. Cette coïncidence avait suffi pour bouleverser l'esprit de cette dame,* qui ne pouvait se pardonner de s'être amusée au moment même où son fils se mourait. Elle s'accusait elle-même, avec des détails extrêmement circonstanciés et en citant des faits qui n'avaient jamais existé. Elle fut envoyée à Saint-Yon et en sortit guérie.

OBSERVATION II

Autoaccusation d'uxoricide chez une mélancolique enceinte de six mois. — Rôle pathogénique occasionnel d'une coïncidence.

Arrestation préventive, sous la double inculpation d'adultère et de connivence dans le meurtre de son mari, de la malade autoaccusatrice. — Examen médico-légal. — Internement. — Guérison.

(MOREL. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1863.)

Un fermier du département de l'Eure avait été condamné deux fois en police correctionnelle pour des faits qui prouvaient peu en faveur de l'honorabilité de son caractère. (Il a été démontré depuis que cet homme était atteint d'épilepsie nocturne, dont les accès, jusque-là méconnus, étaient suivis parfois d'impulsions subites, homicides ou suicides. Pendant qu'il était séquestré à l'Asile du Quatre-Mars (avril 1863), une troisième condamnation correctionnelle est venue le frapper. Sa femme, qui avait reçu une certaine instruction et qui avait des sentiments religieux élevés, souffrait cruellement des actes de son mari, dont la conduite compromettait incessamment le repos et l'honneur de sa famille. Elle n'avait épargné, il faut bien le dire, ni prières ni supplications pour arriver à modifier cet homme incorrigible. Plusieurs fois aussi, dans l'exaltation d'une douleur légitime, elle lui avait prédit que le bon Dieu le punirait, surtout pour forcer ses domestiques à travailler le saint jour du dimanche.

Or, il arriva, par une coïncidence fatale, qu'un bras inconnu se chargea de mettre à exécution le pronostic de cette malheureuse femme. Un jour que tout le monde, excepté le mari, était réuni dans la cuisine de la ferme, on entendit la détonation d'une arme à feu dans la direction de l'écurie. On se précipita vers le lieu présumé du sinistre, et le sieur S... fut trouvé gisant par terre et baigné dans son sang. Il put articuler quelques mots pour dire que, pendant qu'il était occupé à traire une vache, un coup de feu parti du dehors l'avait blessé à la tête. Cet homme avait été frappé en plein dans la figure, et sa vie paraissait être en danger.

La justice fut immédiatement instruite du fait et la gendarmerie ne tarda pas à se rendre sur les lieux. On arrêta d'abord un jeune pâtre de dix-sept ans, dont les réponses équivoques firent croire qu'il pouvait bien exister quelques rapports criminels entre lui et sa maîtresse. Cette accusation fut depuis écartée, mais la femme du fermier n'en fut pas moins préventivement arrêtée sous la double inculpation d'adultère et de connivence dans le meurtre de son mari. Ajoutons que la femme S... était enceinte de six mois et que depuis longtemps elle souffrait cruellement d'un état névralgique. Pour comble de malheur, on trouva dans les vêtements du mari une lettre de sa femme, où celle-ci lui renouvelait ses prières, répétait ses funestes prédictions, et où l'idée de se suicider paraissait être une extrémité à laquelle elle était résolue, malgré ses sentiments religieux bien connus.

Lors de son premier interrogatoire, l'inculpée était plongée dans une morne stupeur. Aux questions qui lui furent adressées, elle répondait sans hésitation : « Oui, c'est moi qui ai tué mon mari. »

Transportée à la maison des Andelys, elle y resta plusieurs mois et accoucha d'un enfant mort. Toutes les investigations tentées dans le but de trouver d'autres coupables n'aboutirent à aucun résultat et la femme S..., ainsi que le jeune pâtre, restèrent seuls sous le coup de la justice. Toutefois, les réponses antérieures de l'inculpée furent trouvées si incohérentes et son état mental parut si étrange que, sur le rapport de l'honorable Dr Motte, médecin de la prison, l'autorité judiciaire décida que cette femme serait envoyée à Saint-Yon pour y être soumise à mon examen. Cependant, par erreur, elle fut dirigée sur la prison de Bonne-Nouvelle, à Rouen, où j'eus l'occasion de l'examiner avec M. le Dr Vingtrinier. Les réponses étaient si vagues, si incohérentes, si peu en rapport avec les questions qui lui étaient adressées, que, dans le premier moment, nous fûmes tentés de croire à une simulation. Mais il existait chez cette femme divers symptômes d'un état névropathique général qui nous mirent en garde contre un jugement précipité. Elle avait une grande anxiété nerveuse ; ses yeux étaient brillants, injectés. La peau était chaude, le pouls fébrile. Il y avait absence de sommeil et absorption continuelle de l'intelligence. Placée à Saint-Yon, cette femme parcourut le cercle d'un état mélancolique parfaitement caractérisé. L'intelligence ne se releva que peu à peu des fortes secousses physiques et morales éprouvées par cette femme. Cependant elle finit par guérir et nous avoua que ce qui lui restait de tous ses souvenirs, au sujet de l'horrible drame qui venait de se passer, c'est qu'au moment de son arrestation sa terreur avait été telle qu'à toutes les questions elle n'avait pu répondre qu'une chose : « Oui, c'est moi qui suis coupable. » D'ailleurs, les prédictions qu'elle avait faites à son mari s'étaient réalisées, et une coïncidence fatale la confirmait spontanément dans l'idée que c'était elle qui, par ses mauvais propos, pour me servir de ses expressions, avait armé le bras d'un assassin inconnu. Cette idée avait pris une telle fixité que cette malheureuse femme assistait, morne et

indifférente, à sa propre arrestation. Ses réponses vagues et incohérentes l'accablaient, et avec elle le jeune pâtre qui fut, depuis, reconnu innocent, mais qui était un pauvre d'esprit incapable de se défendre. La femme S... avait à peine gardé le souvenir qu'elle était accouchée en prison, et nous dûmes lui apprendre, avec beaucoup de précautions, la mort de son enfant qu'elle ignorait. Enfin, le principal défenseur de la vertu de sa femme fut le mari lui-même qui, relevé de sa blessure, chercha à réparer ses fautes passées par l'ardeur avec laquelle il soutint l'innocence de celle qui avait tant souffert par sa faute. Son dévouement, dans ce cas, n'était qu'une justice tardive rendue à la vertu d'une épouse et d'une mère que l'opinion publique avait déjà absoute, avant que la science n'eût prouvé les rapports maladifs qui existaient entre l'accusation que cette femme avait portée contre elle-même et l'état de souffrance physique et morale dans lequel elle se trouvait au moment où le meurtre de son mari s'était accompli.

Legrand du Saulle [1], qui rapporte ces deux observations, dit de la seconde qu' « une observation si caractéristique sera pour les magistrats, les avocats et les médecins aliénistes, l'objet de profondes réflexions et qu'elle les mettra en garde contre des déterminations non suffisamment mûries. »

OBSERVATION III

Autoaccusation d'infanticide chez une mélancolique anxieuse. — Rôle pathogénique occasionnel d'une coïncidence. — Développement de l'état mélancolique sous l'influence du choc moral dû au chagrin (mort de l'enfant à la suite de diphtérie) et détermination secondaire de l'idée d'autoaccusation, fixée par les circonstances.

(SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*, Paris, 1895, p. 315. Le délire dans la mélancolie.)

[1] LEGRAND DU SAULLE. — *Traité de Médecine légale*. Paris, 1886.

Séglas, explique dans les commentaires de l'observation, que la mort de l'enfant a été le choc moral, cause de l'accès mélancolique, et démontre que, sous l'influence de cet état mélancolique, les préoccupations relatives à la mort de l'enfant ont pu devenir de plus en plus intenses, se fixer et, en dernier lieu, lorsque la mélancolie s'est confirmée, *revêtir la formule de l'autoaccusation.*

Dans ce cas comme dans les observations analogues, on peut résumer la filiation pathogénique et chronologique des faits en disant que l'*idée d'autoaccusation est secondaire, dans son origine, au délire mélancolique et, dans sa formule, à la catastrophe même qui a provoqué l'état mélancolique.*

Ainsi, quel que soit le mécanisme pathogénique qui, chez le mélancolique, détermine dans son sens et précise dans son objet l'idée de culpabilité, celle-ci se fixe et se développe dans la conscience, par l'incessante rumination mentale de la faute commise et par la répétition monotone de la litanie des aveux et des remords. *Lorsque le mélancolique a nettement spécifié la faute qu'il a commise, il devient, de coupable, autoaccusateur.*

La filiation chronologique des états de conscience, qui, chez le mélancolique, aboutissent à l'autoaccusation médico-légale est donc la suivante :

1° État mélancolique ;

2° Délire diffus de culpabilité indéterminée ;

3° Autoaccusation précise d'une faute déterminée ;

4° Autodénonciation active, verbale ou écrite.

Cette évolution logique et progressive du délire d'autoaccusation mélancolique vers la précision de l'idée et l'impulsion à l'acte, rappelle, *mutatis mutandis,* celle du délire de persécution. Le *persécuté,* à une certaine phase de son évolution vésanique, individualise ses soupçons, désigne son ennemi et, de persécuté devient *persécuteur.* Persécuteur, il ne tarde pas à passer à l'acte, intervient sur son ennemi et se fait *justicier.* De même le mélancolique *coupable* précise ses remords, désigne sa faute et, de coupable, devient *autoaccusateur.* Autoaccusateur, il ne tarde pas à passer, lui aussi, à l'acte, intervient auprès des autorités et se fait *autodénonciateur.* N'est-ce pas ici le lieu de rappeler le mot de Bain : « L'action est le criterium suprême de la croyance. »

La *nature des fautes* dont s'accusent les mélancoliques varie sui-

vant le niveau mental, le milieu, l'éducation, la religion, la profession, la culture intellectuelle des malades; suivant aussi les associations morbides et l'origine étiologique du syndrome mélancolique. Ce côté de la question, plus spécialement médico-légal, sera traité au chapitre suivant. Je citerai encore ici, à cause de leur intérêt médico-légal, quelques observations d'autodénonciations mélancoliques empruntées à différents auteurs.

OBSERVATION IV

Autoaccusation d'infanticide chez une mélancolique. — Tentatives de suicide, direct et indirect (homicide-suicide). — Réclamation pressante du châtiment par la malade. Examen médico-légal. — Internement. — Guérison.

(KIERNAN. — *Evidence of insanity in criminal cases.* — *Alienist and Neurologist,* janvier 1895.)

OBSERVATION V

Autoaccusation de faux et d'insolvabilité chez un mélancolique. — Faux témoignage antérieur, de nature délirante, devant le Tribunal. — Enquête. — Non-lieu.

(KIERNAN. — *Confession des Aliénés.* — *Alienist and Neurologist,* octobre 1897.)

OBSERVATION VI

Autoaccusation posthume d'un crime chez un suicidé, probablement mélancolique.

(CULLERRE. — *Des faux témoignages des aliénés devant la justice.* Rapport au Congrès de La Rochelle, août 1893.)

Dans les derniers jours de décembre dernier, deux enfants, sur la côte du Verdon, découvrirent un cadavre qu'avait rejeté la mer. Les enfants s'approchèrent du corps auquel était attaché une bouteille; l'un d'eux la brisa et y trouva un papier qui disait qu'*accablé par le remords,* l'auteur de cet écrit s'était décidé à mettre fin à ses jours et qu'*il demandait que toutes recherches relatives à l'assassinat de la rue Botzaris fussent cessées, car c'était lui qui l'avait commis.*

Inutile de dire que *cette confession solennelle d'un suicidé* ne reposait que sur une *culpabilité imaginaire.*

Cette brève relation d'un simple fait divers est fort intéressante ; car, en sa concision, elle nous fait connaître trois gros symptômes : l'autoaccusation imaginaire d'un crime alors retentissant, le suicide, et l'étrangeté de l'acte de dénonciation et d'expiation; elle nous autorise par cela même à soupçonner le diagnostic rétrospectif d'accès mélancolique, probablement chez un déséquilibré ou un alcoolique.

Dans son *Traité de Médecine légale des Aliénés*, V. Krafft-Ebing cite, avec la seule mention du titre, quelques observations d'autoaccusation chez des mélancoliques. Voici ces citations :

Zeitschrift der Gesell. der Ærzte, Wien 1859, nos 35 et 36.— *Une femme s'accuse d'avoir jeté son fils nouveau-né à l'eau ; on constata qu'elle n'avait jamais accouché et qu'elle était folle.*

Zeitschr. f. Staatsarzneik. 1850, p. 313. — *Autoaccusation fausse d'une mélancolique, sans travail, d'avoir coopéré à un meurtre, dans le but d'être mise en prison.*

Schuhmacher. Friedreich's, Bl. 1873, Heft 4. — *Autoaccusation fausse d'infanticide chez une femme : hystérie, mélancolie ancienne.*

Maschka. Vierteljahrschr., f. gericht. Medic. 1869, Heft 2. — *Autodénonciation fausse d'avoir noyé sa sœur sept ans auparavant, chez une débile mélancolique.*

Monakow. Friedreich's, Bl. 1885, 1, 2. — *Autoaccusation d'infanticide chez une mélancolique, faible d'esprit et avec un utérus vierge.*

Je rappelle enfin la célèbre observation d'Hammond, où est relaté le fait de l'autodénonciation du meurtre de son petit frère, accomplie rétrospectivement, cinq ans après la catastrophe, par une jeune fille, probablement sous l'influence d'un accès mélancolique. Le principal intérêt de cette observation est dans les conséquences médico-légales que cet aveu de culpabilité entraîna devant la loi anglaise : celle-ci, profondément différente sur ce point de la loi française, prend acte de l'aveu spontané de la faute pour arrêter l'instruction, clore le procès et condamner l'autoaccusateur. Ce point de procédure comparée sera étudié au chapitre médico-légal.

OBSERVATION VII

Autodénonciation tardive, d'origine probablement mélancolique, de fratricide, chez une jeune fille, acquittée de ce chef cinq ans auparavant.
Revision du procès. — L'autoaccusatrice plaida coupable. — Condamnation.

(W.-A. HAMMOND. — *The medico-legal valuc of confession as an evidence of guilt by.* 1871.)

Cullerre[1], qui relate cette observation d'Hammond, cite le cas comme un dramatique exemple du danger offert par les dispositions de la loi anglaise vis-à-vis des autoaccusateurs ; et il termine par les réflexions suivantes, que je ne puis mieux faire que transcrire ici. « La jeune fille condamnée était-elle réellement coupable ; et, dans ce cas, n'avait-elle pas succombé à un de ces accès de folie impulsive qui, seuls, peuvent expliquer l'atrocité de certains crimes ? Ou bien n'était-ce pas tout simplement une mélancolique qui, sous l'influence d'une exaltation religieuse maladive, était venue faire l'aveu d'un crime, dont son imagination avait été vivement frappée, mais auquel elle était restée étrangère ? Ces questions ne furent pas posées : la science, et encore plus la justice, auraient voulu qu'elles le fussent. »

L'AUTOACCUSATION DANS LA PSYCHOSE PÉRIODIQUE

Au cours des diverses formes de la psychose périodique, dans les phases mélancoliques de l'affection, les idées d'autoaccusation peuvent faire partie du syndrome morbide. Séglas[2] en a publié deux intéressantes observations. Mais dans ces cas, les idées d'au-

[1] CULLERRE. — Rapport déjà cité du Congrès de La Rochelle, 1893.

[2] J. SÉGLAS. — Le délire d'autoaccusation. *Leç. sur les maladies mentales.* Paris, 1895.

toaccusation conservent le caractère général, vague et imprécis du délire de culpabilité diffuse, sans tendance à la détermination de la faute, et, à plus forte raison, sans autodénonciation.

Le diagnostic de l'origine nosologique du délire d'autoaccusation repose, en pareil cas, sur la notion des antécédents, sur la considération des caractères évolutifs de l'accès mélancolique, et enfin sur la reproduction, dans les mêmes termes, au cours des accès successifs de mélancolie, des mêmes idées d'autoaccusation.

II

L'AUTOACCUSATION DANS LES ÉTATS DE DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

La dégénérescence mentale, sous ses nombreuses et différentes formes, est le terrain fertile entre tous, pour la germination étiologique la plus rapide, la floraison clinique la plus riche et la plus variée, et, pour ainsi dire, la fructification médico-légale la plus intéressante et la plus curieuse des idées d'autoaccusation.

Tandis, en effet, que le mélancolique autoaccusateur reste, le plus souvent, diffus et platonique dans son délire de culpabilité, le dégénéré autoaccusateur, au contraire, plus actif, plus entreprenant, va jusqu'à l'autodénonciation, écrite ou verbale, aux autorités ; poursuit son idée d'autoaccusation jusqu'à ses conséquences judiciaires les plus lointaines et les plus complexes, et confère ainsi à son délire tout son intérêt médico-légal.

J'étudierai les idées d'autoaccusation, chez les dégénérés, successivement dans la débilité et la déséquilibration mentales ; au cours des obsessions ; enfin, dans les différentes variétés, aiguës ou chroniques, primitives ou secondaires, de ces paranoïas, à teneur poly-

morphe, à caractère plus ou moins systématique, à évolution variable, qui établissent la transition entre la dégénérescence mentale confirmée et les folies systématiques chroniques. Dans cette dernière catégorie de dégénérés paranoïaques rentrent notamment les persécutés autoaccusateurs (Ballet, Séglas, Batailler), les persécutés mélancoliques (Lalanne) et certains autoaccusateurs systématiques primitifs (Séglas).

A. — L'autoaccusation chez les débiles et les déséquilibrés

Je réunis, dans la même étude, les débiles et les déséquilibrés, parce que l'expérience montre que, parmi les déséquilibrés intellectuels, ceux qui deviennent autoaccusateurs sont presque toujours en même temps des débiles.

Ces débiles et déséquilibrés constituent, dans la foule hétérogène des autoaccusateurs, une catégorie bien spéciale, riche en types très divers et très curieux ; chacun d'eux, dans le roman imaginaire ou l'aventure réelle dont il s'improvise le héros, joue le rôle d'un personnage parfois troublant pour le magistrat instructeur, souvent énigmatique pour le psychologue, toujours nouveau et intéressant pour le médecin.

Les dégénérés autoaccusateurs diffèrent profondément, et par les caractères les plus importants, des mélancoliques autoaccusateurs.

D'abord, à l'encontre des mélancoliques autoaccusateurs, qui sont des délirants, les débiles autoaccusateurs ne délirent pas. Conscients de la fausseté de leurs déclarations, ils sont *lucides;* s'appliquent à donner la plus grande vraisemblance à leurs assertions ; déploient, avec artifice et quelque ingéniosité, toutes les ressources de leur imagination, pour démontrer leur culpabilité ; et peuvent ainsi, dans certains cas, en imposer, au moins temporairement, à leur entourage et aux magistrats. La vraisemblance du roman criminel ainsi édifié est naturellement proportionnelle à la valeur intellectuelle de l'autoaccusateur.

Ensuite, tandis que la mélancolique autoaccusateur est sincère, le débile est *menteur.* Le premier, convaincu de sa faute, se confesse en coupable anxieux ; le second, conscient de son mensonge, narre en *mystificateur* plus ou moins habile et indifférent.

Ces deux importantes distinctions, entre les autoaccusateurs mélancoliques et les autoaccusateurs dégénérés, ont été fort nettement indiquées par Vallon[1], à l'occasion de l'intéressante observation qu'il a présentée à la Société de médecine légale.

On peut ajouter un troisième trait différentiel à ces deux premiers. L'autoaccusateur mélancolique, en effet, est non seulement délirant et sincère, mais il est encore anxieux et repentant; il proclame, avec l'émotion la plus vraie, son indignité. Au contraire, l'*autoaccusateur dégénéré, lucide et menteur,* se montre *indifférent,* dépourvu d'émotion, et souvent même *satisfait ou glorieux* de son acte criminel. La réaction émotive est donc tout à fait différente chez ces deux types d'autoaccusateurs ; et cette opposition, dans le ton affectif, des deux espèces d'autoaccusateurs me paraît avoir, en clinique, une importante valeur diagnostique.

On peut résumer ces distinctions dans la formule suivante : l'autoaccusateur *mélancolique* est *délirant, sincère, anxieux et repentant,* tandis que l'autoaccusateur *dégénéré* est *lucide, menteur, indifférent et parfois glorieux.*

Il ressort de ces considérations que, pour la plupart, *les déséquilibrés débiles autoaccusateurs ne présentent pas de délire de culpabilité.* Chez eux, l'acte lucide de l'autodénonciation procède, non pas d'un délire, mais de perversions morales et intellectuelles, s'exerçant devant la conscience lucide et l'émotivité impassible, sous l'influence d'une autosuggestion impulsive momentanée.

Cette impulsion à l'autoaccusation, déterminée dans sa forme par les lectures et les événements du jour, a son origine réelle dans les tendances vaniteuses, dans l'*appétit morbide de gloriole,* le *besoin instinctif de mise en scène,* qui sont les éléments presque constants du caractère du dégénéré, à la fois débile et déséquilibré. En effet, le débile simple, sans déséquilibration mentale, se tient généralement à sa place et reste à son rang; le débile déséquilibré, au contraire, a souvent des appétits vaniteux et des tendances mégalomaniaques, qu'il est poussé, sous certaines incitations paroxystiques intermittentes, à satisfaire par des actes absurdes : parmi ces actes absurdes, l'autoaccusation criminelle est un de ceux qui donnent le

[1] VALLON. — Aliénée autoaccusatrice. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* avril 1898.

mieux la mesure, à la fois du défaut d'intelligence et de l'excès de vanité de ces infirmes congénitaux.

Autant, d'une façon générale, par l'analogie des circonstances étiologiques, du mécanisme pathogénique et de l'allure clinique de leur délire d'autoaccusation, *les mélancoliques se ressemblent entre eux*, autant *les dégénérés autoaccusateurs diffèrent les uns des autres* et offrent, dans chaque cas particulier, une physionomie spéciale. Chez ces derniers, l'observation de chaque malade, composée d'éléments individuels fort variables, est une histoire toujours nouvelle.

Cette *diversité, dans le syndrome d'autoaccusation, chez les dégénérés,* tient d'abord à la diversité même des *innombrables types de déséquilibrés* que nous présente la clinique, et ensuite à l'extrême variété de réactions de ces infirmes psychiques, vis-à-vis du milieu social et des moments critiques de la vie. Les causes occasionnelles, si multiples et si imprévues, qui conditionnent le sens de l'autoaccusation, jouent ici, chez ces dégénérés, un rôle déterminant majeur: ce sont ces *causes occasionnelles* qui, à un moment donné, précipitent, dans un sens particulier, ces faibles d'esprit vers l'autodénonciation, impulsive ou préméditée, parfois intéressée et presque toujours mensongère, maladroite et stérile.

Au point de vue de l'autoaccusation, on peut distinguer plusieurs variétés de débiles. Les *débiles intellectuels,* caractérisés surtout par l'infirmité de l'intelligence, s'opposent assez nettement, à cet égard, aux *débiles moraux,* caractérisés surtout par le manque du sens moral. Parmi les débiles intellectuels, on peut distinguer les autoaccusateurs *impulsifs* et les autoaccusateurs *vaniteux.*

Les *autoaccusateurs impulsifs* se dénoncent, à la suite d'une autosuggestion simple, impulsive dans son procédé, immédiate dans son effet ; l'autosuggestion s'est produite à la suite d'une lecture, d'une conversation, d'un rêve : c'est un *réflexe psychique,* une *décharge idéo-motrice,* sans racines ni relations associatives dans la mentalité, sans préparation antérieure, comme sans portée ultérieure. Chez ces dégénérés inférieurs « les événements sensationnels peuvent provoquer une sorte de suggestion de culpabilité pour ainsi dire réflexe et à peine consciente » (Lande et Régis[1]). On voit

[1] L. Lande et E. Régis. — Rapport sur l'état mental de Ulnos. Quelques réflexions sur le délire d'autoaccusation au point de vue médico-légal. *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 1899.

souvent échouer à l'Infirmerie spéciale du dépôt, à Paris, de *ces débiles autoaccusateurs impulsifs,* qui se sont dénoncés dans un commissariat de police comme les auteurs du crime de l'actualité.

OBSERVATION VIII

Autodénonciation impulsive d'un crime retentissant par un débile à antécédents judiciaires chargés (meurtre de sa femme). — Enquête. — Non-lieu. — Internement.

(CULLERRE. — *Rapport de La Rochelle. Des faux témoignages des aliénés en justice,* août 1893.)

Je rappelle cette observation, comme le type de ces autodénonciations impulsives, émises sur un mode presque réflexe, par certains débiles, plus ou moins alcooliques, auprès des commissaires de police, surtout à l'occasion de crimes retentissants ou de grands débats politiques ou judiciaires. Oudard rapporte, dans les deux premières observations de sa thèse, deux exemples, empruntés au journal *Le Matin,* de ces autodénonciations de participation imaginaire à des complots politiques. En opposition à la série un peu banale de ces cas, qui n'offrent guère d'intérêt médico-légal, j'indique ici la belle observation de Lande et Régis, relative à la même catégorie pathologique des débiles impulsifs, autodénonciateurs semi-inconscients et qu'il faut lire *in extenso* pour en apprécier le grand intérêt psychologique et médico-légal.

OBSERVATION IX

Autodénonciation impulsive d'un meurtre réel par un dégénéré semi-imbécile, à perversions instinctives, buveur,

délinquant d'habitude. — Graves présomptions de culpabilité. — Enquête judiciaire longue et ardue, sans résultat positif. — Examen médico-légal. — Non-lieu. — Crises d'excitation violente dans la prison. — Internement.

(LANDE et RÉGIS. — *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux,* 10 février 1899. — *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 1899. — *Thèse de Oudard,* Bordeaux, 1900.)

Je donne ici seulement les conclusions des experts.

1° U... est un dégénéré inférieur, semi-imbécile, à peu près exclusivement mû par ses instincts, se livrant automatiquement à la violence, au vol, à la boisson, et dont la responsabilité pénale est très notablement amoindrie.

2° Bien que, dans l'état actuel des choses, on ne puisse affirmer de façon absolue que U... n'a pas été plus ou moins indirectement mêlé au crime dont il s'est accusé et qu'il n'en a rien su, nous croyons pouvoir dire que son aveu de culpabilité n'a été qu'un acte d'autoaccusation pathologique et ne doit pas être tenu pour l'expression de la vérité.

3° Le fait pour lequel U... est actuellement détenu ne comporte pas, s'il s'est faussement accusé d'un crime, de pénalité et, par suite, il n'est pas nécessaire de discuter la mesure, de répression ou d'assistance, qui lui est applicable. Mais cette question devra forcément être examinée au prochain méfait qu'il ne manquera pas de commettre, et il conviendra alors de se demander ce que la justice doit faire d'un délinquant dégénéré de cette espèce, destiné à compromettre indéfiniment la sécurité de la société.

Bordeaux, le 28 janvier 1899.

Signé : Drs L. LANDE, E. RÉGIS.

N. B. — Conformément aux conclusions de notre rapport et après une longue et laborieuse instruction, U. . a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu. Toutefois, comme dans les derniers temps de son séjour en prison son excitation mentale était devenue plus violente, au point de nécessiter sa mise en cellule et l'emploi de la camisole de force, l'administration a pris un arrêté d'internement à son endroit, sur un certificat de nous, ainsi libellé :

« Nous soussignés, invités par M. le Préfet de la Gironde à donner notre avis sur l'état mental du nommé U... (Elmon-Antoine), homme de peine, âgé de vingt-huit ans, célibataire, détenu au fort du Hâ, certifions :

« Que ledit U..., ainsi qu'il résulte de notre rapport médico-légal, en date du 28 janvier 1899, est un dégénéré inférieur semi-imbécile, à peu près exclusivement mû par ses instincts, se livrant automatiquement à la violence, au vol, à la boisson ;

« Que, depuis la remise de notre rapport, U... a présenté, à la prison, de nombreuses crises d'excitation violente qui ont nécessité l'emploi de la camisole de force et sa mise en cellule ;

« Qu'il est susceptible, une fois remis en liberté, et sous l'influence de l'appoint de la boisson, de devenir dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes ;

« Dans ces conditions, nous estimons qu'il y a lieu de le faire interner dans un asile d'aliénés et de l'y maintenir aussi longtemps qu'il pourra, à raison de son état mental, faire courir des dangers à la société.

« Drs L. LANDE, E. RÉGIS. »

Les auteurs de ce remarquable rapport font suivre leurs conclusions de judicieuses réflexions, qui mettent bien en lumière toutes les difficultés de l'expertise médico-légale, lorsque le crime est réel, et que l'autoaccusateur, délinquant d'habitude, sorti, le matin même du crime, de la prison et connaissant la victime, est au plus haut point susceptible d'être l'assassin et, par conséquent, suspect.

Lande et Régis montrent également, à l'occasion de la mesure administrative à prendre vis-à-vis de l'imbécile autoaccusateur, les lacunes de la législation relative aux aliénés dangereux et criminels.

* * *

Les *débiles autoaccusateurs vaniteux* sont plus fréquents ; et, comme ils appartiennent à un degré de l'échelle intellectuelle un peu supérieur à celui des débiles simples de la catégorie précédente, ils émettent des autodénonciations un peu plus compliquées, construisent des romans plus vraisemblables, où leur imagination naturelle, leur malice intentionnelle et leur apparente sincérité aboutissent parfois à en imposer, au moins momentanément, aux magistrats, et à faire ouvrir d'assez laborieuses enquêtes.

Les autoaccusateurs vaniteux se dénoncent par *besoin instinctif de gloriole*, pour paraître, pour se mettre en scène. Ceux-là ont déjà calculé la portée de leur acte ; et, cet acte, qu'ils ont préparé avec leurs pauvres moyens intellectuels, est bien le produit de leurs tendances foncières, une émanation de leur caractère. Le seul mobile

qu'on puisse découvrir à l'origine de l'autoaccusation, chez eux, est un *simple appétit maladif de notoriété,* une aspiration vaniteuse, dégagée de tout autre calcul égoïste, de tout autre mobile intéressé. A ce besoin pathologique de gloriole s'allie le plus souvent un sentiment de *malice,* puéril dans son fond et sa forme, un instinct de malignité méchante, qui pousse l'autoaccusateur à mentir pour mentir, à tromper l'entourage, les autorités, le médecin, l'opinion publique, simplement pour faire des dupes et se réjouir intérieurement des effets de ses mensonges. C'est là un état d'âme pathologique, analogue au *délire malicieux* décrit par Dally [1], qui est surtout fréquent chez les *autoaccusateurs vaniteux jeunes et chez les enfants.* La tendance naturelle et foncière des enfants au mensonge, classique, d'ailleurs, depuis les travaux de Brouardel, de Motet, de Bourdin, explique, chez les jeunes autoaccusateurs, la fréquence de cet alliage de vanité, de malice et de mensonge, comme substratum psycho-pathologique de l'autoaccusation chez les jeunes débiles. Comme on le voit, cette catégorie de débiles intellectuels autoaccusateurs vaniteux se distingue de la catégorie précédente, celle des débiles intellectuels autoaccusateurs impulsifs. Chez ces derniers, l'acte de l'autoaccusation, purement réflexe, ne comporte pas l'intervention des processus psychiques du mensonge volontaire et de la malice intentionnelle, mis au service de tendances vaniteuses foncières.

Il existe plusieurs observations de ce genre d'autoaccusateurs. L'exemple le plus typique nous en est offert par Vallon, dans un très intéressant rapport médico-légal, ci-dessous indiqué :

OBSERVATION X

Autodénonciation d'infanticide, par une débile, vaniteuse et menteuse, délinquante d'habitude.

Enquête judiciaire. — Examen médico-légal. — Ordonnance de non-lieu. — Internement.

(Ch. VALLON. — *Aliénée autoaccusatrice. — Ann. d'Hyg. publ. et de Méd. lég.,* avril 1898.)

[1] DALLY. — Délire malicieux. *Ann. méd. psychologiq.,* 1877.

Voici les conclusions de l'expert :

Conclusions. — 1° T... est une faible d'esprit, vaniteuse et menteuse ;

2° Poussée par un besoin maladif de se mettre en scène, de mystifier, elle s'est d'abord accusée d'avoir tué un enfant dont elle était accouchée ; puis, devant l'impossibilité de soutenir plus longtemps ce mensonge, elle a prétendu avoir seulement supprimé l'enfant d'une autre personne. Il n'y a aucun compte à tenir de ses déclarations ;

3° Au cas où, par impossible, il serait établi que l'inculpée a supprimé un enfant, il y aurait lieu, en raison de sa faiblesse d'esprit, d'apporter la plus large indulgence dans l'appréciation de sa conduite ;

4° T... n'est pas violente, mais cependant, en raison de son état mental, elle est dangereuse pour l'ordre public et d'ailleurs incapable de se conduire correctement; en conséquence, j'estime que, même dans son propre intérêt, elle doit être placée dans un asile d'aliénées.

Conformément aux conclusions de mon rapport, T... a bénéficié d'une *ordonnance de non-lieu* et, mise à la disposition de l'autorité administrative ; elle a été envoyée à l'asile de Villejuif où elle se trouve encore aujourd'hui, dans le service de mon collègue, M. Briand.

Rapport de M. Briand sur la malade internée dans son service.

A son arrivée à Villejuif, elle ne s'accuse plus d'homicide ; elle raconte, au contraire, qu'on l'a accusée faussement d'avoir tué son enfant. Elle n'a fait qu'enterrer le petit cadavre dans le fossé des fortifications de Billancourt, près d'une briqueterie. On ne pourra croire dit-elle, qu'elle ait donné le jour à un enfant puisqu'elle est veuve et vierge. La vérité est qu'elle n'est pas vierge et qu'elle a un utérus bifide.

Interrogée sur les motifs qui ont pu déterminer la mère de l'enfant à commettre cet infanticide, elle répond avec perfidie et sans hésiter que cette dame avait un amant auquel elle avait fait croire qu'elle n'avait plus de rapports avec son mari et, qu'étant devenue enceinte du mari, elle ne voulait pas avouer son état à l'amant.

La dame en question, dont elle se refusait d'ailleurs à donner le nom parce qu'elle avait juré le secret, lui avait remis 3,500 francs, d'abord en deux billets de banque qui lui avaient été échangés ensuite contre de l'or, afin de pouvoir les retrouver plus facilement après sa libération.

Les 3,500 francs avaient été emportés par elle en un paquet enveloppé d'une chemise et enterrés avec l'enfant.

Cette précaution était prise pour éviter que ses patrons ne s'aperçussent de sa fortune subite.

Si alors on lui demandait pourquoi elle avait écrit une lettre anonyme à la gendarmerie pour se dénoncer, elle prétendait avoir été poussée par le désir de subir au plus tôt la peine qu'elle méritait, afin de pouvoir vivre ensuite tranquille avec ses 3,500 francs.

Interrogée plusieurs fois, T... ne varie plus dans ses explications auxquelles je feignais de croire. L'ayant abandonnée à elle-même pendant quelques semaines, je lui demandai, un jour à brûle-pourpoint et familièrement pourquoi elle avait raconté ces absurdités à la justice. D'abord, étonnée de voir lire dans son jeu, elle changea tout à coup d'attitude et m'avoua en pleurant qu'en effet elle avait menti à la justice, sans vouloir toutefois m'en fournir la raison. L'explication qu'elle donne aujourd'hui est des plus curieuses; je n'ose dire que je la crois sincère.

T... avait remplacé comme domestique une jeune fille qui avait volé sa patronne en quittant la maison. Comme les deux domestiques s'étaient rencontrées ensemble pour la remise du service, l'aliénée craignit d'être accusée de complicité et ne savait quel prétexte imaginer pour abandonner une place qui lui avait été procurée par une dame qu'elle ne voulait pas mécontenter, lorsqu'il lui vint l'idée de l'infanticide.

Ce n'est pas, d'ailleurs, le seul mensonge qu'elle ait à se reprocher. Elle avoue aujourd'hui n'être ni vierge, ni veuve, et avoir cohabité pendant quelques années avec celui dont elle se disait être la veuve.

Elle conserve toujours un caractère sournois, se montre satifaite d'elle-même, se met volontiers en scène, mais demeure incapable d'aucune occupation suivie.

C'est, en somme, une *faible d'esprit avec d'assez mauvais instincts et vaniteuse,* comme le sont le plus souvent ces malades.

Cette observation présente un grand intérêt à deux points de vue : au point de vue *psychopathologique,* elle offre un bien curieux exemple de l'autoaccusation *issue du double besoin de mentir et de paraître, à base de mensonge et de vanité,* et dégagée de tout calcul politique, étrangère à tout mobile intéressé. Au point de vue *médico-légal,* elle montre quelle longue et délicate enquête judiciaire peut provoquer l'autodénonciation mensongère d'une imbécile, assez malicieuse à la vérité, mais incapable cependant de tenir un raisonnement et d'alléguer une preuve à l'appui de ses déclarations. Cette observation démontre, enfin, quel utile appoint peut prêter à l'instruction judiciaire, au cours de l'enquête, une expertise médico-légale bien conduite et clairement conclue.

OBSERVATION XI

Autodénonciation mensongère d'un fratricide par un débile vaniteux.
Examen médico-légal. — Non-lieu.

(A. MOTET. — *Société de médecine légale*, 9 décembre 1895.)

Il s'agit d'un débile intellectuel, d'un dégénéré vaniteux, se croyant appelé, en littérature, à de hautes destinées.

Fils d'un pharmacien de province, M... a vingt-deux ans ; il a fait d'assez bonnes études, il est bachelier ès sciences, et, selon, sa propre expression, il cherche sa voie. Au fond, il est assez infatué de lui-même pour nous dire qu'il n'est pas embarrassé, qu'il a fait des études assez sérieuses pour pouvoir écrire sur tous les sujets quand il voudra. Il a une vocation littéraire et le germe de la poésie. Son idéal est Baudelaire, que Richepin a vainement essayé d'imiter. Il a, toute prête, une série d'articles de critique. Il analysera le talent de Richepin, etc. Il reconnaît qu'il a un fond mélancolique, qu'il ne pense pas comme le commun des mortels. Chez lui, prétend-il, deux idées sont prédominantes, celle du suicide, celle de l'homicide. Cette dernière fut acceptée ; il chercha la réalisation la moins compromettante pour lui, car il ne voulait pas tomber sous la main de la justice. D'un autre côté, il fallait trouver un procédé qui ne fût pas banal, qui n'eût jamais été employé. Il choisit l'oxyde de carbone, parce que, dit-il, tous les poisons causent une agonie pendant laquelle la victime peut parler, l'oxyde de carbone paralyse rapidement. Il nous raconte le mode de préparation du gaz toxique; il s'est servi d'une lettre à en-tête de son père, pharmacien, pour se procurer de l'acide oxalique chez un droguiste de Nancy; il a installé dans sa chambre un matras dans lequel il a introduit l'acide oxalique sur lequel il a versé de l'acide sulfurique; il a chauffé et il a obtenu ainsi de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique ; à l'aide d'un tube de caoutchouc, ajusté au tube de verre qui traversait le bouchon du madras, il a conduit les gaz dans la chambre de sa sœur, qu'on a trouvée morte dans son lit. « Les médecins qui sont venus ne se sont doutés de rien. On m'a questionné, on m'a demandé si elle avait eu une frayeur, un accident ? On ne m'a pas soupçonné. »

Nous avons entendu ce jeune homme nous exposer les théories les plus absurdes, parler de lui-même avec une vaniteuse confiance ; nous

avons eu la pensée qu'il était un *débile intellectuel fanfaron, absolument incapable d'avoir commis le crime dont il s'accusait,* et nous l'avons congédié en lui donnant le conseil de retourner au plus vite dans sa famille.

Il n'en fit rien ; un beau jour, *il s'en alla trouver M. Cochefert, auquel il raconta son prétendu crime.* Celui-ci l'envoya à l'infirmerie du Dépôt, où il resta cinq jours sous l'observation de M. le Dr Paul Garnier et de M. le Dr Legras. Il crut être intéressant en répétant les détails de l'empoisonnement de sa sœur. Quand il vit qu'on ne le croyait pas et qu'on le gardait dans une cellule, *il avoua qu'il n'avait pas commis l'acte dont il s'accusait* et que sa sœur était morte à la suite d'une assez longue maladie.

Cette intéressante observation met bien en lumière plusieurs traits caractéristiques de la psychologie des autoaccusateurs débiles vaniteux : d'abord l'*extraordinaire appétit de notoriété* de ces malades, ensuite l'*extrême indigence des ressources intellectuelles* employées à conquérir cette notoriété ; enfin la *bizarrerie,* la *complication,* et parfois l'*apparence pseudo-scientifique des procédés* d'exécution du crime. Les créations maladives de l'imagination des débiles, qui rappellent de très près les élucubrations laborieuses et absurdes des dégénérés atteints du délire des inventions, portent bien le double cachet de la faiblesse intellectuelle et de la vanité prétentieuse de ces infirmes psychiques.

Voici une seconde observation, due encore à mon vénéré maître, M. A. Motet, où le caractère, compliqué et précis à la fois, du mensonge décèle, chez l'autoaccusateur encore presque enfant, des facultés imaginatives développées jointes à une débilité mentale profonde.

OBSERVATION XII

Autodénonciation écrite de violation de sépulture par un dégénéré débile, vaniteux, imaginatif. — Hétérodénonciation écrite antérieure de son oncle, accusé d'incendie. — Enquête. — Examen médico-légal. — Internement.

(A. Motet. — Rapport médico-légal inédit.)

Le crime dont le nommé D... est inculpé rappelait les attentats dont le sergent Bertrand avait, autrefois, dans des conditions bien autrement émouvantes, multiplié les récidives.

Nous nous demandions, avant tous renseignements, si nous allions nous trouver en présence de l'un de ces aliénés atteints de folie par accès, sous l'influence d'une prédisposition héréditaire ; si nous n'allions pas, une fois de plus, retrouver des impulsions instinctives d'une aveugle brutalité. Dès notre première visite, nous nous sommes facilement convaincu que rien ne justifiait nos prévisions. D... est un jeune homme de dix-neuf ans, de petite taille, sans malformation d'aucune sorte. La tête est d'un volume et d'une conformation normaux, la face est symétrique, sans saillies exagérées des arcades zygomatiques, sans développement excessif du maxillaire inférieur. Le front est un peu bas, il n'y a pas de dépression des régions temporales ; les oreilles, moyennes, sont à pavillon un peu projeté en avant, mal ourlé à la partie supérieure. Il n'y a pas de prognatisme ; les dents sont mauvaises, mais régulièrement placées. La voûte palatine est normale. Les organes génitaux sont très développés, le pénis est volumineux comme chez les masturbateurs, et D... ne fait pas de difficultés d'avouer qu'il a, depuis longtemps, l'habitude de la masturbation, et qu'il n'a que rarement des relations avec des femmes.

Ce jeune homme, à la physionomie assez douce, sans grande expression, nous apparaît, au premier abord, malgré l'absence de signes physiques bien caractérisés, comme un *dégénéré*. Il y avait donc pour nous un grand intérêt à fixer ses antécédents. Nos recherches, de ce côté, nous ont donné des résultats décisifs. Sans remonter plus haut que ses grands parents, nous trouvons :

1° Grand-père maternel mort phtisique à quarante-trois ans ; rien de suspect du côté de l'intelligence ;

2° Grand'mère vivante, âgée de soixante-dix ans, frappée, il y a trois ans, par une hémorrhagie cérébrale et restée hémiplégique gauche.

Un peu d'affaiblissement intellectuel. Ils ont eu quatre enfants. Trois, une fille bien portante mais très nerveuse, et deux fils sont vivants ;

3° L'aînée, la mère de D..., l'inculpé, est morte à trente ans, phtisique ; elle n'a jamais eu d'accidents nerveux ;

4° Dich..., son mari, dont les antécédents de famille sont inconnus, était un débauché, paresseux, ivrogne, buveur d'absinthe, toujours dans un état d'excitation alcoolique. Il était d'une brutalité excessive ; à la mort de sa femme, il abandonne ses enfants ; et Charles, âgé de quatre ans, fut recueilli par sa grand'mère qui l'a élevé. De ce mariage sont nés cinq enfants. Deux sont morts en bas âge ; nous ne savons rien des deux autres, un fils, âgé de vingt-quatre ans, établi, et une fille de vingt-deux ans, qui n'habitent pas Paris.

Le dernier, Charles D..., a été très difficile à élever, sans avoir eu de maladies graves dans l'enfance, sans convulsions, affirme la grand'-mère ; *il n'a marché seul qu'à sept ans et n'a parlé distinctement qu'à neuf ans. Jusqu'à quinze ans, il a pissé au lit.* On l'a mis à l'école aussitôt qu'on a pu, vers huit ans et demi. *Il apprenait très difficilement,* très doux de caractère, il donnait tout ce qu'il pouvait et parvint à savoir lire et écrire. A partir de treize ans, il a travaillé dans différentes maisons, plus ou moins longtemps, sans que rien n'ait appelé l'attention sur lui ; seulement il est devenu, dans les deux dernières années, plus mobile de caractère. Il changeait de condition à chaque instant ; il a tiré la feuille chez un imprimeur, il est rentré à la raffinerie où il avait déjà été employé, puis il a travaillé avec son oncle, couvreur. Ce n'est pas qu'il soit paresseux, loin de là ; il ne paraît pas non plus avoir de fréquentations mauvaises ; *il ne boit pas* et donne à sa grand'mère tout l'argent qu'il gagne. Trois francs par quinzaine lui suffisent. Il lit beaucoup et le choix de ses lectures n'est pas toujours heureux. *Son imagination s'exalte facilement,* mais il conserve, au milieu de ses exagérations sentimentales, *quelque chose de puéril* qui le laisse inférieur comme idées, comme goûts, aux jeunes gens de son âge.

Ce n'est pas sans peine que nous avons obtenu de sa grand'mère, très méfiante, ces renseignements. Elle a peur, si elle en disait trop, qu'on lui enlève son petit-fils ; à chaque instant elle répète qu'il n'est pas fou, ce qui laisse supposer qu'elle cache des troubles qu'elle a vus, que nous avons constatés nous-même, et qui, pour nous, ont la plus grande importance.

D... est sujet à des *crises délirantes avec état hallucinatoire,* qui durent quelquefois plusieurs heures. Nous en connaissons deux : l'une chez le commissaire de police, au mois de mars, l'autre à Mazas, le 2 mai. Sur cette dernière, nous avons eu des renseignements très précis. L'accès a commencé dans la soirée et a duré toute la nuit. Sans être ni agité ni bruyant, il a bavardé d'une manière incohérente une partie de la nuit. Il n'a certainement pas eu d'état convulsif, ni même vertigineux, au début de cette crise, dont il n'a gardé qu'un souvenir assez confus. Cependant, il convient qu'il dort très mal, qu'il a des rêves pénibles, des *cauche-*

mars, et son séjour en prison lui est difficile à supporter. Il a fallu le mettre au régime d'infirmerie.

Cependant, *cet état névropathique*, qui n'est pas d'origine comitiale, et *qui présenterait avec l'hystérie bien plus de points de ressemblance* qu'avec toute autre névrose, n'est pas de date récente ; et, si la vie prisonnière, les soucis de l'instruction, ont pu en exagérer les manifestations, ils ne l'ont pas causé. Le commissaire de police, au moment du premier interrogatoire, l'avait constaté, et nous avons vu sur plusieurs des pièces du dossier que D... « à certains moments ne paraissait pas jouir de sa raison ». Cette allégation un peu vague sera précisée par nous.

D..., dont le développement physique a été tardif, a subi *un véritable arrêt du côté du développement intellectuel. Il est resté un enfant* par le caractère, par les idées et cette infériorité, préparée par une influence héréditaire, l'alcoolisme de son père, se traduit par une *instabilité* toute pathologique, par des déterminations absurdes et par *une tendance au mensonge, aux inventions romanesques,* moitié résultat de lectures aussi mal choisies que mal digérées, moitié *produit d'une imagination désordonnée, d'une vanité puérile.* D... est, paraît-il, un grand liseur, et les faits divers, les *récits de crimes,* les aventures de romans, sont chaque jour dévorés par lui, moins par déraison que par absence complète de raison ; il a une singulière tendance, *il se met volontiers en scène,* ayant de lui une opinion assez haute, ce qui n'est pas rare chez les débiles intellectuels ; *il est toujours prêt à jouer un personnage,* et, par un procédé aussi naïf qu'imprévoyant, *il fait par écrit des dénonciations compromettantes :* une première fois son oncle, qu'il accuse, par lettre anonyme, d'avoir allumé un incendie ; *une seconde fois pour lui-même, se prétendant l'auteur de la violation de sépulture de Fernande Muy.* Mis en état d'*arrestation* par le commissaire de police de Saint-Ouen, il est encore *dans la période d'élucubration de son imaginaire aventure, il donne des détails* qui paraissent d'une rigoureuse précision, et si l'on y veut bien prendre garde, il n'ajoute pas grand'chose aux premiers renseignements donnés par les journaux qu'il a lus ; il mêle à l'affaire un de ses camarades et lui fait jouer le rôle de profanateur de cadavre. Puis, à la fin de son récit, il se fait en lui une véritable réaction, l'instinctif sentiment de la défense se réveille et, sans avoir bien conscience encore de la situation grave où il vient de se mettre lui-même, *il se rétracte* et est pris, tout à coup, d'une *crise nerveuse* qui n'est pas simulée. A partir de ce moment, il ne s'accuse plus, *il nie même énergiquement qu'il ait écrit la dénonciation* trouvée ouverte dans un bureau de poste et signée Guimad. On l'y peut aisément reconnaître, cependant, en comparant la formule qui la termine à celle qui finit une lettre écrite par lui, de Mazas, à M. le Juge d'instruction, le 20 avril : « Agréez mes félicitations, etc., etc. » Tout est identique, même le mot serviteur, posé seul en vedette au-dessus de la signature. Cette dénonciation, évidemment écrite par D... contre lui-même, suffirait, à elle seule, à démontrer le désarroi profond de son intelligence.

Ce besoin d'écrire, qui le sollicite sans cesse, est caractéristique encore ; il écrit chez lui et rédige, avec une incohérence que le Dr Dubousquet avait constatée, les cours du soir auxquels il assiste, sans rien y y comprendre. Il écrit, à Mazas, des lettres interminables et il ne faudrait pas le presser beaucoup pour lui faire rédiger ses mémoires.

D... n'a pas la tenue d'esprit, l'énergie suffisante pour concevoir et pour commettre un crime aussi compliqué, dans l'exécution, que celui dont il est inculpé. Il ne pourrait pas l'avoir tenté sous l'influence d'un accès de folie impulsive, il n'y a rien chez lui qui révèle un semblable état ; c'est un masturbateur, un timide ; les crises hallucinatoires délirantes qu'il a eues à plusieurs reprises ne comportent pas une série d'actes que tout démontre avoir été exécutés par un homme déterminé.

Pour nous, D..., fils d'un alcoolique, est un *dégénéré, faible d'esprit*. Chez lui, la *débilité mentale* s'accuse par des actes aussi imprévoyants que puérils, par un *besoin de parler, d'écrire, de se mettre en scène, et de jouer un rôle actif dans des aventures* dont son imagination a été frappée. En cela il est *semblable aux enfants* qui, sinon de toute pièce, du moins sur des données incomplètes, *inventent une histoire mensongère,* la complètent et, finissant par l'apprendre par cœur, la répètent avec un luxe de détails auxquels se laissent parfois prendre ceux qui n'ont pas l'habitude de ces mensonges compliqués.

Évidemment, D... *n'a pas conscience de la valeur morale de ses actes ;* il agit sans discernement. Mais deux fois déjà, par ses fausses dénonciations, il a compromis la réputation, le repos et, un peu plus, la liberté de ceux qu'il accusait. Il est donc *nuisible* et il importerait de l'empêcher de nuire. Mais nous n'avons qu'une solution à proposer pour atteindre ce résultat, ce serait l'*internement dans un asile d'aliénés.* Cette mesure ne pourra pas être longtemps maintenue. D... n'a pas de délire, c'est surtout *un infirme de l'intelligence ;* la discipline de l'asile, d'une part, le désir de la liberté, d'autre part, le soutiendront assez pour qu'on ne se croie pas autorisé à le maintenir. Il en sera ainsi jusqu'au jour où un accident cérébral à prévoir tranchera une question presque insoluble aujourd'hui.

OBSERVATION XIII

Autodénonciation mensongère d'un assassinat et autoaccusation de divers crimes par un dégénéré débile vaniteux, hystérique, soldat déserteur, sujet aux fugues, aux ob-

sessions et aux impulsions. — Nombreuses condamnations militaires. — Enquête judiciaire. — Examen médico-légal. — Internement.

(Régis. — Rapport médico-légal de janvier 1894. — Observation publiée par Oudard dans sa thèse.)

Conclusions. — 1° G... est un dégénéré, atteint de débilité mentale avec déséquilibration intellectuelle et psychique et tendance aux impulsions irrésistibles ;

2° En se livrant à des actes d'indiscipline militaire et en s'accusant faussement de crimes, il a obéi à des suggestions morbides, dont il doit être considéré comme irresponsable ;

3° Il est absolument inapte à la vie militaire; et, en raison des dangers qu'il pourrait faire courir à la société, il doit être interné dans un établissement spécial d'aliénés.

Oudard ajoute à cet intéressant rapport de son maître Régis une lettre, adressée par le malade au médecin-chef de l'hôpital militaire, dans laquelle G... raconte que, *à l'occasion d'un grand crime commis dans son quartier,* il a été *obsédé par l'idée de se mettre à la place de l'assassin,* de s'imaginer que c'était chose faite, qu'il passait aux assises afin de répondre de l'acte criminel, etc. Cette obsession la hantait au point qu'il avait fait de ce roman comme son secret, dont il était heureux et fier de connaître tous les détails, et qu'il se sentait parfois sur le point de trahir en se dénonçant...

On saisit bien ici, par l'un de ses côtés, le processus de l'autoaccusation par idée fixe, obsédante, que j'étudierai au chapitre suivant.

Régis démontre, par l'analyse psychologique du malade, que celui-ci n'est nullement un simulateur, ainsi qu'on pourrait être tenté de le croire, à cause de la situation de militaire gravement puni de G... « Le malade, en se donnant pour un criminel et un assassin, a obéi non pas à un calcul, mais à une sollicitation morbide de son esprit. » Ce cas rentre pleinement, d'après les détails et les conclusions du rapport de Régis, dans la catégorie des débiles intellectuels, hystériques, autoaccusateurs vaniteux.

*
* *

La seconde catégorie des débiles autoaccusateurs est celle des *imbéciles moraux*. Ceux-ci, débiles intellectuels également, mais surtout pervertis instinctifs et vicieux congénitaux, ne sont pas

poussés à l'autoaccusation, comme les débiles intellectuels vaniteux, par un besoin pathologique de mise en scène et de gloriole. *Plus lucides et plus conscients* que ces derniers, de la fausseté de leurs dénonciations, *plus habiles* aussi dans l'édification de leurs histoires mensongères, *les débiles du sens moral recourent à l'autodénonciation dans un dessein intéressé immédiat:* ils mettent au service de leur égoïsme et de leurs mauvais appétits l'acte prémédité de l'autoaccusation mensongère et consciente. Ils cherchent, par exemple, à éviter le service militaire; à passer de la prison, où ils accomplissent une peine, à l'asile, d'où ils comptent s'évader plus facilement; ils entreprennent de simuler la folie, en avouant des crimes imaginaires monstrueux par rapport aux simples délits qui leur ont valu leur première condamnation, etc.

Dépourvus de tout sens moral, étrangers à tout sentiment altruiste, atteints de l'anesthésie éthique et affective qui caractérise la folie morale, ces infirmes psychiques ont toujours présenté les signes d'une perversité instinctive précoce, l'agénésie des sentiments éthiques, l'indifférence et l'égoïsme, le culte du mensonge, et, associées à ces infirmités morales, les tares névropsychopathiques les plus diverses.

Ces autoaccusateurs, par débilité et perversion morales, sont *très lucides, très raisonneurs, et très mystificateurs:* aussi sont-ils couramment qualifiés de simulateurs, de *faux autoaccusateurs*. Or, il n'y a pas de faux autoaccusateurs à opposer aux vrais autoaccusateurs. Il n'existe, à ce point de vue, que des autoaccusateurs *sincères* et des autoaccusateurs *menteurs*. Le vaste groupe de ces derniers comprend lui-même plusieurs catégories. C'est un genre dans lequel on peut distinguer plusieurs espèces: notamment les autoaccusateurs débiles impulsifs, les débiles vaniteux, les imbéciles moraux, les hystériques et, ainsi que nous le verrons, certains sujets que l'exaltation pathologique des sentiments d'altruisme peut entraîner à l'autoaccusation.

Voici quelques observations d'autoaccusateurs par imbécillité morale. L'étude de chacun de ces cas montre que l'importance du mobile de l'autoaccusation est inversement proportionnelle au degré de débilité intellectuelle du sujet, et que la vraisemblance du roman imaginé par l'autoaccusateur donne à peu près la mesure du niveau intellectuel de son auteur.

OBSERVATION XIV

Autodénonciation mensongère, consciente et intéressée, d'assassinat avec mutilation de la victime, de la part d'un débile intellectuel et moral, hystérique, délinquant précoce, coutumier de fugues et de simulacres de suicide. Mise en liberté après trois jours d'examen.

(DUPRÉ. — Observation prise dans le service du Dr Garnier, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt.)

R..., serrurier, vingt-un ans, est amené, le 8 mai 1902, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police; il venait de *se constituer prisonnier dans un commissariat de police, déclarant être l'assassin de l'homme trouvé coupé en morceaux*, rue des Plâtrières, à Ménilmontant. A la suite de cet aveu, il avait refusé au commissaire de faire connaître son identité.

A l'Infirmerie spéciale du Dépôt, le Dr P. Garnier et ses internes se trouvent en présence d'un jeune homme, dépourvu d'identité, refusant de se faire connaître et déclarant qu'il ne veut rien dire, parce qu'il désire que ses parents, qu'il vient de quitter, ne sachent pas qu'il est au Dépôt. L'aspect général est celui d'un adolescent assez bien constitué, maigre, pâle, au facies un peu asymétrique, au regard tantôt mobile, tantôt volontairement fixé en bas, dans une expression de réserve concentrée ou d'indifférence muette, fréquemment interrompue par d'autres jeux de physionomie, qui trahissent chez R... une préoccupation manifeste des effets produits sur l'entourage par son attitude et ses réponses.

Ces propos, sommairement relatés, sont les suivants : « Je ne veux rien dire..., je ne dirai rien, je ne veux pas que mes parents sachent que je suis ici..., j'ai des crises de nerfs depuis une dizaine d'années..., j'ai eu peur, un jour, d'un chien enragé que j'ai vu mordre une personne ; j'ai vu le sang couler, je me suis couché très effrayé, et, le lendemain, j'ai senti quelque chose qui me serrait à la gorge et je me suis mis à aboyer, j'aboyais toutes les secondes... Les aboiements cessaient quand je me couchais, et, tout le temps du sommeil je n'aboyais pas. J'ai vu Charcot, en 1891, qui m'a dit que j'avais un *aboiement hystérique.* »

A toutes les questions posées sur son identité, les préparatifs et l'exé-

cution de son crime, etc., R... refuse de répondre. La journée se passe sans incidents: appétit et sommeil normaux.

Le 9 mai, à la visite, R... change, dans son attitude et ses réponses, complètement de système. Il prétend ne plus se souvenir de rien, affecte de s'étonner beaucoup lorsqu'on lui rappelle ses démarches auprès du commissaire de police. « Quel commissaire ?... Je ne suis jamais allé me dénoncer à un commissaire... Je n'ai coupé personne en morceaux... Je ne sais pas ce que vous voulez-dire. »

Mis en présence de son père, mandé à l'Infirmerie par le Dr Garnier, R... ne le regarde pas, s'assied sans mot dire, prend un air hébété ; et à son père, qui lui dit: « Allons, Émile, ne fais pas la bête, répondsnous ! » et lui pose différentes questions, R... répond : « Quoi ! Qu'est-ce que j'ai dit ? Je n'ai coupé personne !... Ma condamnation, mon appel? Je ne sais rien du tout. »

Après le départ de son père, qui nous communique d'intéressants renseignements sur son fils, R..., voyant son identité établie et les médecins éclairés sur son passé, se décide à parler davantage. Il nous apprend ainsi qu'il a quitté récemment une certaine Paulette, sa maîtresse depuis deux mois, enceinte de sept mois quand il l'a connue, et qui est allée accoucher à l'hôpital ; il réclame les cheveux de Paulette, qu'on lui a pris, paraît-il, à l'hôpital Saint-Louis, où il a été transporté récemment à l'occasion de sa dernière tentative de suicide. Cette tentative de suicide a été motivée par des chagrins d'amour, relatifs à sa liaison avec Paulette (?). Il a déjà fait *quatre tentatives de suicide, toutes stériles*, l'une dans un établissement de bains, où il a essayé de s'empoisonner en avalant de l'acide oxalique ; une autre dans un café du boulevard des Batignolles, à l'occasion de son premier vol, avant le jugement ; une autre fois, il a essayé de se noyer, après avoir avalé du poison. A chaque tentative de suicide, on s'empresse autour de lui, on le transporte à l'hôpital (Lariboisière, Saint-Louis, etc.) et le lendemain ou le surlendemain, il sort complètement rétabli.

R... a *déjà été condamné deux fois pour vol*, notamment une fois pour avoir dérobé un portemonnaie au vestiaire d'un club nautique, à Asnières. Il fut condamné, la première fois, à deux mois de prison, avec application de la loi Bérenger , et, la seconde fois, se trouvait donc sous le coup d'une pénalité pour deux vols. Il était en appel, et c'est à ce moment que, sans attendre le résultat de l'appel, il s'est rendu dans un commissariat de police se dénoncer comme l'auteur du crime de la rue des Plâtrières.

R... nous apprend que, approchant du tirage au sort, il est très préoccupé de la nécessité où le place son casier judiciaire d'accomplir son service militaire aux bataillons d'Afrique. « Je veux entrer dans l'armée régulière, je ne veux pas aller à l'armée d'Afrique ! Je suis prêt à signer un engagement de cinq ans pour l'armée ordinaire, si vous m'aidez à le faire ; mais je ne vois pas pourquoi, à cause d'une peccadille de jeunesse, je serais obligé d'aller faire mon service en Afrique ! » R...,

aux différentes questions qu'on lui pose, répond parfois avec animation et discute avec ardeur la thèse suivante: «Est-il logique de faire supporter toute la vie à un homme les conséquences de ses fautes de jeunesse ? » Il dit textuellement : « Aujourd'hui, j'ai toute ma raison, et même plus que ma raison. J'ai une éducation qui me permet de tout comprendre... Mais pouvez-vous garantir qu'à quinze ans j'étais responsable? Vais-je porter toute ma vie le poids d'une peccadille d'enfant? » Lorsque M. Garnier, passant sur les péchés de jeunesse, demande à R... comment il concilie, avec ses prétentions actuelles à la raison, sa conduite présente, ses propos au commissaire de police, son attitude vis-à-vis de son père, etc., R... répond avec sécheresse et ironie.

« Aimez-vous votre père? » — « Mais certainement! » — « On ne le dirait guère à votre attitude et à vos propos! » — « Êtes-vous sûr? Il y a des sentiments et des émotions qui ne se voient pas! » — « Vous n'avez pas beaucoup le sentiment de la famille! » — « Êtes-vous sûr que les liens avec ma famille soient si lâches? » — « Pourquoi êtes-vous allé faire le fou chez un commissaire? » — « Êtes-vous sûr que je n'ai pas été, à ce moment-là, atteint d'une attaque quelconque? » Tout le reste de la conversation est sur ce ton, empreinte, de la part de R..., de moqueuse ironie, d'inquisition raisonnante et d'une absolue anesthésie éthique et affective. Le jeune autoaccusateur y montre son égoïsme, son imbécillité morale, en même temps que sa débilité intellectuelle.

Le père de R..., qui est âgé de quarante-cinq ans et bien portant, aurait eu, à vingt-deux ans, des accidents nerveux mal définis, sans crises convulsives, probablement hystériques. La mère, bien portante, a quarante ans. Les parents s'accordent à dire que leurs fils, d'ailleurs sobre et assez régulier dans son travail de serrurier, a toujours eu *le culte du mensonge*, il s'est toujours montré *vantard et fanfaron*, formant des projets fantastiques, irréalisables, tenant des propos souvent absurdes. Sans antécédents morbides dans l'enfance et la jeunesse, il a seulement présenté, vers l'âge de dix ans, les *accidents hystériques* plus haut signalés: il a des attaques convulsives hystériques de temps à autre. Enfin, il s'est rendu, par deux fois, coupable de vols simples, et c'est à l'occasion des conséquences judiciaires et militaires de ces vols qu'il a accompli, à la suite de la visite d'un gendarme qui était venu à son atelier prendre des renseignements sur lui, il y a quelques jours, une *fugue*, qui s'est terminée, chez le commissaire de police, par l'autodénonciation d'assassinat.

L'examen somatique révèle de l'hyperesthésie pharyngée du rétrécissement du champ visuel des deux côtés et une hémihyperesthésie gauche très marquée. Pas d'autres stigmates somatiques de dégénérescence, qu'une légère asymétrie crânio-faciale. Pas d'alcoolisme.

En présence de ces antécédents, de la conduite antérieure et actuelle de R..., de ses propos, de son acte d'autodénonciation mensongère consciente, des stigmates d'hystérie, le Dr Garnier formule le diagnostic

d'*imbécillité morale* chez un *dégénéré hystérique, d'autoaccusation mensongère non délirante*, accomplie dans le dessein de simuler la folie, pour éviter la nécessité imminente du service militaire en Afrique et bénéficier de l'irresponsabilité due aux aliénés, lors de son prochain jugemen pour le dernier vol commis.

Le Dr Garnier conclut à la mise en liberté immédiate de l'autoaccusateur, qui, après avoir été convaincu de l'inutilité de sa tentative de simulation, et après avoir reçu de paternels avertissements, est rendu à ses parents.

Cette observation met dans toute leur évidence : d'abord *la débilité intellectuelle* de ce jeune dégénéré, qui éclate dans l'*absurdité de sa tentative de simulation de folie*, ensuite la *débilité morale* de l'autoaccusateur, en même temps que son *anesthésie affective*, son égoïsme et ses *tendances raisonnantes ;* enfin le *caractère intéressé, calculé de l'autodénonciation*, l'absence, en l'espèce, de tout délire et l'*ingérence de l'hystérie* dans toute la conduite, passée et présente, du jeune dégénéré.

OBSERVATION XV

Autodénonciation mensongère et intéressée d'un assassinat et d'un incendie, par un imbécile moral, délinquant d'habitude, habitué de la prison. — Enquête.

(Giroud. — Cité par Cullerre, dans son rapport de La Rochelle, 1893.)

Cette observation offre un bel exemple de dégénérescence mentale, profonde et complexe (débilité intellectuelle, amoralité, perversion des instincts, culte du mensonge, etc.) aboutissant, par la tendance aux actes délictueux et criminels, à une conduite antisociale continue, qui nécessite l'incarcération perpétuelle du dégénéré. Celui-ci, malade et vicieux à la fois, aussi suspect de mensonge que de crime, est un problème continuel pour l'expert et pour le magistrat. L'autoaccusation, qui repose ici sur un fonds d'imbécillité morale et de perversité instinctive, a pour mobiles à la fois le besoin de vantardise et de mensonge et, peut-être, l'espoir de passer, en simulant la folie, de la prison à l'asile.

OBSERVATION XVI

Auto et hétéroaccusation mensongère d'un dégénéré, relative à l'organisation d'une bande de contrefacteurs à Washington. — Émotion profonde en haut lieu et dans toute la ville. — Enquête. — Examen médico-légal. — Internement.

(HAMMOND. — *The medical value of confession as an evidence of guilt by,* 1871.)

Dans cette observation, publiée par Oudard dans sa thèse, le mobile de l'autoaccusation n'apparaît pas très clairement. L'intérêt médico-légal des conséquences administratives et judiciaires des déclarations de l'accusateur est lié ici bien plus à l'accusation des complices qu'à l'autodénonciation. Le cas est un exemple de l'*alliage assez fréquent, dans les déclarations mensongères des dégénérés, de l'auto et de l'hétéroaccusation.*



Certains déséquilibrés sont entraînés à l'autoaccusation par un processus psychopathique d'ordre sentimental, tout à fait étranger aux causes, jusqu'ici étudiées, de l'autodénonciation chez les dégénérés. Le processus ne relève ni de la simple suggestion réflexe, ni de l'impulsion vaniteuse, ni du besoin de mensonge, ni enfin des calculs intéressés d'un égoïsme immoral.

Il s'agit, dans cette dernière catégorie de déséquilibrés débiles, de sujets chez qui s'exalte, dans une soudaine crise d'entraînement passionnel ou encore à la suite d'une incubation méditative plus ou moins prolongée, soit un sentiment de chevaleresque dévouement, qui les porte à se substituer à un prévenu en jugement ou même à un coupable condamné ; soit un sentiment d'expiation nécessaire, issu de la conviction d'une culpabilité plus ou moins imaginaire. Enfin, chez certains sujets, l'exagération des sentiments altruistes, alliée à l'esprit de renoncement à soi-même, peut, sous l'influence de certaines circonstances, les pousser, dans une sorte d'ivresse héroïque, à s'offrir en sacrifice au lieu et place de l'accusé.

OBSERVATION XVII

Autodénonciation spontanée, non motivée, d'un crime, par un déséquilibré qui essaie, dans un acte de dévouement pathologique, de se substituer à l'assassin.
Pas d'enquête. — Mise en liberté sous réserve de traitement.

(*Gazette des Tribunaux,* 1845. — Article cité par LEGRAND DU SAULLE dans son *Traité de Médecine légale.*)

Au moment où l'assassin de M. Delarue, Thomas Hocker, allait expier son crime, un épisode inattendu a semblé pouvoir retarder de quelque temps ce lugubre dénouement. *Un malheureux aliéné avait offert de se parjurer en se déclarant coupable du meurtre pour lequel Hocker était mis en jugement.* Selon toute apparence, une exaltation chevaleresque, en faveur d'un homme que sans doute il croyait innocent, l'avait porté à cet acte de dévouement inouï.

Après un court interrogatoire, le prétendu coupable, dont la physionomie hébétée trahissait le trouble mental, a été remis aux mains de son frère, avec recommandation de lui faire donner des soins spéciaux.

Il est impossible, d'après cette courte relation des faits, de formuler un diagnostic sur le processus psychopathique en cause chez l'autoaccusateur. Celui-ci est certainement un déséquilibré; la notion de l'hébétude de la physionomie permet de supposer l'ingérence probable, dans le processus morbide, d'un état de confusion mentale et de stupidité, peut-être symptomatique d'une psychose toxique.

OBSERVATION XVIII

Autodénonciation mensongère d'un crime retentissant (homme coupé en morceaux, rue des Plâtrières) par un dégénéré

érotomane, avec idées délirantes polymorphes. Trois versions différentes données successivement par l'autoaccusateur, pour expliquer son autodénonciation.— Enquête judiciaire. — Examen médico-légal. — Non-lieu. — Internements multiples.

(DUPRÉ. — Observation recueillie au Dépôt, dans le service de M. P. Garnier[1])

H..., trente-un ans, employé de bureau, est amené à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, le 3 janvier 1901, avec le dossier suivant :

Antécédents héréditaires. — Père de soixante-cinq ans, violent, névropathe, suspect, comme marchand de vins, d'alcoolisme professionnel. Mère impotente, rhumatisante chronique, paralysée (?). Un oncle paternel suicidé à vingt-neuf ans. Un grand-père paternel mort empoisonné (?) à quarante ans. Deux frères morts en bas âge. Deux sœurs dont une débile.

Antécédents personnels. — Léger retard dans l'évolution du langage et de la marche; maladies de l'enfance (coqueluche, etc.). Incontinence nocturne d'urine jusqu'à sept ans, fièvre nerveuse (?) à cinq ans. Une blennorrhagie, à la puberté, suivie d'hypocondrie, d'aversion pour les femmes, d'onanisme. Réformé pour un orteil en marteau.

Brevet supérieur à l'École Turgot, caractère doux, ombrageux, timide. Bonne santé psychique, au dire de ses parents, jusqu'en décembre 1900. Léger absinthisme.

Évolution des accidents. — Le malade quitte brusquement son bureau, au début de décembre 1900, et fait une fugue de quelques jours. Sa famille apprend, au bout d'une semaine seulement, qu'il est allé, à Montargis, *se constituer prisonnier auprès du commissaire de police, en se dénonçant comme l'auteur de l'assassinat de la rue des Plâtrières,* où fut trouvé l'homme coupé en morceaux. C'était alors un crime retentissant dont l'auteur restait introuvable, et qui occupait toute la presse.

L'autodénonciation fut faite si précise, avec tant de luxe et de vraisemblance dans les détails, que les autorités, croyant tenir le coupable, gardèrent H... et que le chef de la sûreté fit le voyage de Montargis. Interrogé sur le mobile de son crime, H... déclare que sa victime est l'amant d'une femme dont il est très épris, qui l'aimait également et que *c'est la jalousie et le désir de la vengeance qui l'ont poussé à tuer.* Telle est

[1] J'ai utilisé, pour la rédaction de cette observation, les notes obligeamment communiquées par M. Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par M. A. Petit, interne de Sainte-Anne, que je remercie bien vivement, ainsi que la thèse de M. Portemer, *Les Érotomanes,* Paris, 1902.

la première version du mobile de l'autoaccusation Une courte enquête est ouverte, et, toutes ces déclarations étant reconnues fausses, H... est soupçonné malade, interné un moment à Orléans et, finalement, après un non-lieu, rendu à sa famille.

Chez lui, le malade s'excite, a des idées de persécution, profère des menaces de vengeance contre des jaloux qui veulent lui ravir une femme à laquelle il écrit lettres sur lettres, etc. On l'envoie au Dépôt.

A l'Infirmerie, l'interrogatoire révèle chez H... un état pathologique beaucoup plus profond et plus ancien qu'il ne semblait tout d'abord ressortir des antécédents fournis par la famille. H... est un dégénéré, suspect d'alcoolisme, qui a manifesté, depuis déjà environ un an, de l'obsession érotomaniaque, dirigée contre une femme aperçue un jour à une fenêtre du boulevard Voltaire, et avec laquelle le malade s'imagine correspondre par l'intermédiaire des journaux. On trouvera tous les détails de cette partie de l'histoire de H... bien exposés dans la thèse de Portemer sur les érotomanes.

Déjà, vers juin 1900, il avait fait à ses parents des allusions à son roman d'amour imaginaire ; mais la *première manifestation pathologique apparente qu'il ait donnée dans la conduite fut la fugue à Montargis et l'autodénonciation mensongère de l'assassinat de la rue des Plâtrières.*

Au commissaire de Montargis, H... avait expliqué son crime par le désir de vengeance et la jalousie passionnelle. A M. le Dr Garnier, au Dépôt, H... donne une autre version de son mobile criminel.

Il savait que son adorée, Mme L..., avait un amant, et il avait acquis la conviction que cet amant était l'auteur du crime et du dépeçage de la victime de la rue des Plâtrières. Songeant, alors, que cet homme serait bientôt arrêté et condamné, il en avait souffert pour Mme L..., en pensant à la douleur et au déshonneur que ce désastre allait incessamment faire fondre sur elle. Dès lors, *l'idée du sacrifice lui vint*, et il pensa que *la plus éclatante preuve d'amour qu'il pût donner à Mme L... serait de se substituer au vrai coupable, de se dénoncer à sa place* comme l'auteur du crime, et de se dévouer ainsi au repos et au bonheur de l'objet de son amour. Telle est *la seconde version du mobile de l'autoaccusation.*

Interné à Sainte-Anne, il est transféré, le 12 janvier. à Vaucluse, chez le Dr Vigouroux. Durant son court séjour à Sainte-Anne, H... a donné à M. Magnan une autre explication de son acte. *Voyant son amour contrarié et songeant au suicide, mais n'ayant pas le courage de se tuer lui-même, il avait pensé à trouver la mort sur l'échafaud en se faisant passer pour l'assassin :* il avait ainsi prémédité un suicide indirect. Telle est *la troisième version du mobile de l'autoaccusation.*

Le malade resta à Vaucluse jusqu'au 24 mars 1901. Rendu à sa famille à ce moment, il passa, à la campagne, quelques mois, assez calme, bizarre à de certains moments, mais non délirant, au moins en apparence, les nuits seules étaient un peu agitées.

Vers l'automne, l'excitation réapparait et H... manifeste des idées de persécution, avec réactions agressives vis-à-vis des siens, idées de

grandeur et idées mystiques, obsession érotomaniaque récidivante, etc. Les hallucinations redoublent, et le malade, impossible à contenir, revient à l'infirmerie spéciale, est interné à Sainte-Anne du 11 décembre 1901 au 15 février 1902, et, de là, transféré de nouveau à Vaucluse, chez le Dr Vigouroux.

A l'asile de Vaucluse, H..., plus calme, plus réticent, refuse, lorsqu'on l'interroge sur son passé, de « revenir sur toutes ces histoires ».

Le Dr Vigouroux a l'obligeance de me communiquer les derniers renseignements (avril 1902) sur le malade ; je les résume en transcrivant ici son diagnostic : Pas de troubles somatiques. Idées confuses et mélangées de persécution et de mysticisme, obsessions érotomaniaques, hallucinations. En somme, *délire assez confus, mal systématisé, où déjà apparaissent des idées de grandeur.*

Cette observation offre un exemple inédit d'autoaccusation mensongère, non à proprement parler délirante, mais pathologique dans ses différents mobiles étiologiques, étroitement liés eux-mêmes au désordre mental de l'autoaccusateur. Celui-ci donne successivement, à quelques semaines d'intervalle, *trois versions différentes du mobile de son autodénonciation.* Il s'est dénoncé : 1° par *jalousie* et désir de vengeance, la victime étant l'amant de sa maîtresse idéale ; 2° par *dévouement* et sacrifice de soi-même, en se substituant au vrai coupable, qui est l'amant de sa maîtresse ; 3° par dégoût de la vie, *désir de la mort* qu'il n'ose se donner lui-même et qu'il attend de sa condamnation capitale.

Ces trois versions tournent autour de l'obsession érotomaniaque comme centre (jalousie, dévouement, découragement d'un amant méconnu et malheureux, réagissant sous les yeux de sa maîtresse inaccessible). L'autoaccusation, tour à tour expliquée par l'autoaccusateur de si diverses manières, *procède ici directement du délire des actes, du désordre de la conduite, bien plus que d'une idée délirante proprement dite.* Le sujet s'est conduit et a agi, bien plus qu'il n'a pensé et raisonné, en malade. L'instabilité, le désordre et l'impulsivité des actes domine ici le tableau clinique ; enfin, la versatilité et l'inconsistance des explications données de sa conduite par le malade, achèvent de caractériser, au même titre que les idées délirantes et l'obsession, la déséquilibration mentale des dégénérés.

OBSERVATION XIX

Autodénonciation d'un infanticide par une débile, sous l'influence de l'idée fixe d'expier, par la punition de son crime, un adultère, d'ailleurs douteux. — Tentative à peine ébauchée d'empoisonnement de l'enfant, mort de gastro-entérite banale des nourrissons.
Enquête judiciaire; examen médico-légal. — Acquittement.

(RÉGIS. — Observation publiée par Oudard dans sa thèse.)

On saisit nettement, dans cette observation, le processus psychopathique qui a abouti chez cette débile à l'autoaccusation. Remords de son adultère, idée fixe de se débarrasser de l'enfant adultérin, afin d'obtenir de son mari l'oubli et le pardon; commencement d'exécution du crime: coïncidence des accidents mortels de gastro-entérite et de la tentative d'empoisonnement criminel : remords, autodénonciation. Le sentiment de culpabilité, qui domine le syndrome psychopathique chez cette débile, indique que l'état mélancolique n'a pas été étranger au processus morbide, survenu quelques mois après l'accouchement.

*
* *

Lorsqu'on étudie, à l'occasion de leurs autoaccusations, ces différents types de débiles intellectuels et moraux, on constate, dans le dossier étiologique comme dans les réactions cliniques de chaque sujet, *les associations morbides* les plus riches et les plus variées. Nous avons déjà observé l'association, à la dégénérescence mentale, de l'hystérie, de la mélancolie, de la confusion mentale, etc.

L'*association morbide la plus fréquente est celle de l'alcoolisme.* L'addition, au terrain psychopathique, de l'élément toxique, réalise les conditions étiologiques les plus propices à l'éclosion du syndrome de l'autoaccusation. En effet, l'appoint alcoolique, chez le débile, excite l'automatisme psychopathologique, affaiblit le pouvoir d'inhibition et favorise ainsi, chez le prédisposé, l'exécution de

de l'acte morbide, en l'espèce, de l'autodénonciation. L'alcoolisme entraîne également le déséquilibré à l'autoaccusation, par l'intermédiaire du délire onirique et des idées fixes de culpabilité, consécutives aux illusions du rêve. Ce dernier mécanisme, qui est celui de la pathogénie des idées d'autoaccusation d'origine toxique, peut s'associer aux autres effets nocifs des poisons alcooliques sur la mentalité des dégénérés. On entrevoit ainsi la variété et la richesse des résultats cliniques de ces hybridités étiologiques. Voici quelques observations d'autoaccusations commises par des *dégénérés alcooliques.*

OBSERVATION XX

Autodénonciation mensongère d'un assassinat par un débile vaniteux alcoolique. — Autodénonciations écrites antérieures, multiples, de délits variés, commises sous l'influence d'excès absinthiques intermittents.
Enquête. — Examen médico-légal. — Non-lieu.

(Gilbert Ballet. — Un inculpé autoaccusateur, *Revue de psychiatrie,* 1897.)

Conclusions. — 1° Le B .. est un faible d'esprit, qui s'est adonné depuis plusieurs années, à des excès réguliers d'absinthe;

2° L'excitation absinthique a renforcé chez lui des tendances résultant de sa faiblesse d'esprit ;

3° C'est sous l'influence de cette surexcitation et de sa débilité intellectuelle, que l'inculpé s'est, à plusieurs reprises, accusé de méfaits, dont il a été établi qu'il n'était pas l'auteur ;

4° Au cas où, contre toute vraisemblance, l'instruction démontrerait que l'inculpé a joué un rôle réel dans l'assassinat de la fille Louise R..., il y aurait lieu, dans l'appréciation du degré de la responsabilité, de tenir compte de la faiblesse d'esprit de l'inculpé, qui atténuerait certainement cette responsabilité dans une large mesure.

Cette très curieuse observation nous offre un type bien intéressant de débile vaniteux, tourmenté du désir de paraître, et cédant, sous l'influence d'excès d'absinthe, à ses appétits de gloriole, à son besoin obsédant de mise en scène. Les mauvaises fréquentations

de ce sujet, parmi le monde des escarpes, lui ont fourni le cadre, la matière et jusqu'au vocabulaire de ses absurdes dénonciations. La naïveté et l'invraisemblance des romans criminels imaginés par l'autoaccusateur sont bien à l'étiage du niveau intellectuel de ce débile.

La sollicitation morbide à l'autodénonciation est mise en branle par l'appoint alcoolique: celui-ci n'intervient que par crises intermittentes, mais assez fréquentes: il en résulte un curieux syndrome à répétition, survenant par crises, chez ce dégénéré, et que caractérise une phase d'appétence dipsomaniaque du poison, et une phase consécutive de tendance obsédante à l'autoaccusation, presque toujours accomplie par écrit, sous forme de lettres directement ou indirectement dénonciatrices, et adressées aux autorités ou égarées à dessein dans les environs d'un crime ou d'un délit récemment commis.

OBSERVATION XXI

Autodénonciation délirante d'un assassinat, par un dégénéré alcoolique, délinquant et délirant récidiviste (sept internements et cinq ou six arrestations).

Enquête judiciaire. — Pas d'expertise médico-légale. — Non-lieu.

(Oudard. — Th. Bordeaux. — Dossier de l'autoaccusation communiqué par le Procureur de la République de Rennes.)

« Il est très difficile, ajoute Oudard, sans examen médico-légal, de savoir si l'on doit mettre en cause ici l'alcoolisme ou la dégénérescence. A-t-il agi par vantardise pure? A-t-il puisé uniquement dans l'onirisme ses aveux délirants? Doit-on admettre une combinaison des deux causes? » Il me paraît évident que la déséquilibration mentale et l'intoxication alcoolique sont, dans la genèse de cette autodénonciation, aussi inséparables que le terrain et la graine

dans la formation d'une plante. C'est la conclusion qu'imposent forcément, d'une part l'étude des antécédents et de la mentalité de l'autoaccusateur, d'autre part l'analyse des caractères de l'autodénonciation elle-même.

OBSERVATION XXII

Autohétéroaccusations mensongères d'attentats à la pudeur et de pédérastie, par un garçon de neuf ans, dégénéré, masturbateur, sous l'influence de suggestions, répétées et involontaires, de la part de ses parents, dont les incessantes questions ont dicté les réponses et édifié le roman imaginaire de l'enfant. — Enquête. — Mise en liberté.

(Dupré. — Observation recueillie à l'Infirmerie du Dépôt, dans le service du Dr P. Garnier.)

R... M..., neuf ans, est envoyé à l'Infirmerie spéciale par le commissaire de police de son quartier, auquel les parents de l'enfant sont allés porter plainte, sur les dénonciations de celui-ci, contre deux individus C... et W..., habitant aux nos 11 et 28 de la rue de la Gaieté, qui auraient attiré chez eux l'enfant R... M... et se seraient livrés sur lui à des manœuvres pédérastiques, depuis déjà plus d'un an, à plus de vingt reprises, et en compagnie d'autres hommes et de cinq jeunes enfants.

Le commissaire, au dire des parents de R... M..., se serait déjà montré incrédule en face de ces extraordinaires révélations. Une enquête fut aussitôt ouverte et n'aboutit à rien : les individus accusés n'existaient pas et il fut impossible à l'enfant de mettre les agents sur la piste ni des coupables ni des lieux où se seraient consommés, dans son propre quartier, ces attentats si fréquents depuis un an.

Comme les parents insistaient beaucoup, auprès du commissaire, sur le tempérament vicieux de leur enfant, sur ses incurables habitudes d'onanisme, le commissaire soupçonna un état pathologique chez le héros de ces aventures si suspectes et l'adressa, aux fins d'examen, au Dr P. Garnier.

R... M... est un petit garçon bien développé, au teint mat, aux yeux noirs, grands et vifs, à l'air éveillé, quelque peu sournois, et dont l'attitude, le regard et le ton général décèlent un certain état de crainte

et de méfiance. Il est amené par sa belle-mère, qui nous fournit les renseignements suivants sur les antécédents de l'enfant.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel mort aliéné ; oncle mort aliéné ; une tante morte, à vingt-trois ans, dans le délire (méningite?) ; père violent, irascible, hyperesthésique sexuel ; mère morte de tuberculose (?).

Antécédents personnels. — Rougeole à trois ans, ni convulsions, ni chorée, ni tics. Développement intellectuel moyen, assez lent. Affectivité normale. Habitudes d'onanisme précoces, entretenues par un phimosis avec balanite smegmatique. Éveil précoce de la sexualité : érections fréquentes, au moindre attouchement, recherche des caresses ; paraît avoir été initié, vers trois ou quatre ans, à des manœuvres lubriques par une tante (sœur du père) dans le lit de laquelle il couchait régulièrement, et qui aurait ébauché avec l'enfant des tentatives de coït. Depuis, R... M... aurait souvent fait à sa belle-mère, à l'occasion de sa toilette, des allusions et des invites érotiques, etc.

Intrigués et irrités par la fréquence et le cynisme des pratiques de masturbation de leur enfant, les parents, tout en le châtiant par le fouet et les coups, ne cessaient, depuis longtemps, de questionner le jeune garçon, lui demandant où il avait pris ces honteuses habitudes, si, lors de ses allées et venues au dehors, pour se rendre à l'école, il ne fréquentait pas de jeunes débauchés, s'il ne se laissait pas entrainer dans des maisons, par des hommes désireux d'abuser de lui, etc.; R... M..., dont la curiosité génitale déjà éveillée se plaisait à ces propos, tout en niant les pratiques honteuses qu'on lui prêtait, écoutait avidement les détails des questions, excitait son imagination au tableau des scènes de luxure que ses parents lui dépeignaient, pour réveiller ses souvenirs et provoquer ses aveux. Il se fit ainsi toute une éducation érotique précoce, et, avant d'avoir rien pratiqué par lui-même, savait fort bien tout ce qui se pouvait pratiquer, en matière de manœuvres lubriques possibles à tenter sur un garçonnet de son âge.

En arrivant au Dépôt, R... M... nous fait un récit détaillé des scènes de débauche et de luxure qui auraient eu lieu dans les endroits précis désignés plus haut, avec les hommes en question, devant d'autres enfants, témoins des attentats. Il faut rappeler ici le résultat absolument négatif de la soigneuse enquête ouverte, sur les indications de l'enfant, par la Préfecture de police. L'histoire est narrée d'une voix blanche, monotone, sans hésitation, à la façon d'un récit appris par cœur et débité devant une société. Les détails les plus scabreux sont exposés avec une indifférence émotionnelle, une absence de tout sentiment de honte ou de scrupule, qui frappe l'observateur.

M. Garnier, à peu près certain de l'absolue fausseté de toutes ces aventures, fait tous ses efforts pour ramener l'enfant à la vérité, pour le détourner du récit monotone de ses monstrueux exploits. C'est à peine si à la fin d'un long entretien, plein de paternelle tendresse et d'affec-

tueux abandon, l'enfant paraissait un peu ébranlé dans la précision et l'aplomb de ses affirmations.

Le côté curieux de ces déclarations, *au point de vue de l'autoaccusation,* était que l'enfant, interrogé sur le mobile de sa conduite, sur les motifs qui le poussaient à continuer de telles fréquentations, à ne pas manquer ces ignobles rendez-vous, répondait que ce n'était ni pour quelques bonbons qu'on lui avait donnés, ni par peur des menaces, qu'il continuait à se livrer ainsi, mais bien *par plaisir et par goût personnel, parce qu'il était content et que cela lui faisait du bien ; il avoue qu'il manquait l'école exprès,* allant trouver ses compagnons de débauche *pour satisfaire ses désirs; il y retournait parce que « ça l'amusait ».* Il avoue bien que la première fois, il a saigné du derrière, mais que les autres fois, *cela lui faisait du bien.*

Quand on essaye de provoquer chez lui un sentiment de honte, on y arrive difficilement ; *l'enfant éprouve manifestement du plaisir à étaler sa perversité ;* quand on le met sur cette matière, il ne s'arrête plus ; il avoue avoir enc... des petites filles, fait ça à sa tante, l'avoir proposé à sa belle-mère, préférer les hommes aux femmes, etc., etc. C'est *une* autoaccusation continue, froidement débitée, d'attentats à la pudeur, *autoaccusation continue, froidement débitée, d'attentats à la pudeur, de manœuvres lubriques, de désirs et d'actes de pédérastie,* qui contraste étrangement avec l'habitude, l'attitude et la mine de naïveté et de candeur enfantines de ce bambin de neuf ans.

L'examen somatique ne révèle, outre le phimosis, que des traces anciennes et récentes de flagellations, sous forme de stries ecchymotiques, qui rayent la région des fesses et des cuisses : ce sont les marques des corrections paternelles.

La région périnéale, l'anus sont absolument normaux, vierges de toute lésion ; il est impossible d'y reconnaître la plus petite trace des attentats si souvent répétés qu'ils eurent à subir.

M.Garnier fait isoler l'enfant dans une cellule et lui demande d'écrire le récit de toutes ses aventures amoureuses ! R... M... consigne,en une longue lettre qu'il a écrite spontanément, tout seul, le détail des scènes ci-dessus indiquées : c'est un compte rendu très circonstancié des prouesses érotiques accomplies par le petit satyre, depuis l'âge de trois ans jusqu'à l'époque actuelle ; rien n'y manque, depuis les nombreuses petites filles auxquelles, à l'âge de quatre ans, il a pratiqué le coït anal, jusqu'aux orgies masculines récentes, exposées à froid avec le cynisme de l'inconscience. Cette lettre, pleine de fautes d'orthographe, et où s'étalent tous les signes d'inexpérience et de naïveté de la graphologie enfantine, est un document rare d'auto et d'hétéroaccusation écrite, commise par un enfant à sexualité précoce, sous l'influence de la suggestion des parents ; ceux-ci, dans leur curiosité malsaine, ont éduqué et stylé la perversion érotique, bien plus imaginative que réelle, de leur enfant et ont fourni, par le contenu obscène de leurs questions, les matériaux du roman imaginaire de leur fils.

Le lendemain, R... M.., cédant aux instances pressantes de M. Garnier, fondait en larmes et *avouait que tout n'était que mensonges* dans ses déclarations à ses parents, au commissaire et à nous-mêmes. Il ajoutait qu'il avait raconté toutes ces vilaines histoires à force de s'en entendre demander l'aveu par ses parents, qui ne l'aimaient pas, qui le battaient et qui croyaient toujours qu'il revenait de « faire ça » avec des hommes. C'est par leurs questions qu'il avait appris ce qu'il avait répondu ; et l'enfant ajoutait tout bas, et d'un air craintif : « Il ne faudrait pas dire à papa que j'ai dit que tout cela c'était des mensonges ; on m'a bien recommandé de dire tout ça au commissaire et au médecin. »

On voit par là que les parents avaient non seulement suggéré à leur enfant le contenu du roman imaginaire débité par celui-ci, mais qu'ils lui en avaient encore imposé la déclaration. Convoqués au Dépôt par M. Garnier, ceux-ci furent mis en présence de leur enfant, qui, changeant de thème et d'attitude, était revenu sur ses déclarations de l'avant-veille. Ils parurent étonnés de ces contradictions, et encore plus surpris lorsque M. Garnier leur démontra l'impossibilité médicale de tels attentats, et, d'accord avec le résultat négatif de l'enquête administrative, l'inanité absolue de toute ces histoires.

Il ressortit d'ailleurs de l'interrogatoire des parents que ceux-ci avaient été poussés à favoriser les déclarations de leur enfant, aux autorités administratives et médicales, pour faciliter l'admission du garçonnet dans un asile ou une maison de correction, où on l'aurait corrigé de ses habitudes invétérées de masturbation.

Cette curieuse observation d'*autohétéroaccusation* constitue un instructif exemple de la *valeur du témoignage des enfants* en général et de la puissante influence exercée sur leurs dépositions par les conversations de l'entourage et les questions des parents. C'est souvent celles-ci qui constituent le dossier des accusations portées par les enfants.

OBSERVATION XXIII

Autoaccusation mensongère de fabrication de bombes criminelles explosives, détonant à distance par le procédé des ondes hertziennes, commise par un débile vaniteux, poursuivi pour abus de confiance. — Enquête judiciaire. — Expertise technique par le Directeur du Laboratoire municipal. — Examen médico-légal.

(VALLON. — Rapport médico-légal inédit. — Affaire en cours.)

Le B..., objet d'une plainte pour abus de confiance, laissait dernièrement saisir chez lui par la police, au cours d'une perquisition domiciliaire, tout un dossier contenant des plans de l'Élysée, du ministère de l'Intérieur, un projet de fabrication d'engin explosif, des lettres de commande de bombes destinées à faire sauter le Chef de l'État, des lettres de réponse de lui à ces commandes, etc. Dans l'une d'elles, Le B... disait : « Au lieu de fabriquer une bombe simple, je vais vous faire une bombe à double effet que vous pourrez faire éclater à longue distance par le procédé des ondes hertziennes. » Interrogé, Le B... confirme ces renseignements, *avoue que la bombe est destinée au Chef de l'État,* refuse de livrer le nom de celui qui lui a commandé l'engin, etc Il ajoute qu'il a déjà réussi des expériences concluantes à ce sujet ; il a ainsi fait éclater, étant à Nanterre, une bombe placée dans la forêt de Saint-Germain.

Une enquête est ouverte. Le juge d'instruction commet le Directeur du Laboratoire municipal pour l'expertise technique, et le Dr Vallon pour l'examen médical de Le B..., dont l'état mental lui paraît suspect.

Peu de temps après, l'autoaccusateur revenu, pendant son séjour à la Santé, à de meilleurs sentiments, écrivait au juge d'instruction qu'*il regrettait ses déclarations et avouait qu'il avait simplement voulu « faire marcher » le magistrat et la police.*

L'avocat de Le B... demande une mise en liberté provisoire de son client, en attendant la solution de l'affaire encore en cours (juillet 1902).

Il est intéressant de rapprocher cette observation de l'observation XI, au point de vue du caractère compliqué, romanesque de l'autoaccusation et du *cachet pseudo-scientifique du procédé criminel* mis en œuvre.

B. — L'autoaccusation chez les obsédés

Les idées d'autoaccusation peuvent apparaître chez les obsédés, principalement dans les formes tenaces et constitutionnelles de l'obsession. Liées, dans leur étiologie, à la déséquilibration mentale, et déterminées, dans leur forme et leur contenu, par la nature de l'obsession, ces idées apparaissent au cours des obsessions criminelles ou des obsessions de honte.

Janet[1], qui a fait, à plusieurs reprises, de fines analyses du contenu des obsessions, chez les délirants du doute et les scrupuleux, cite, chez les malades, de nombreuses observations d'idées d'autoaccusation secondaires au processus de l'obsession.

A la suite d'une série d'obsessions criminelles impulsives, se développe, chez certains douteurs, sous la forme du remords, une obsession nouvelle, de nature rétrospective, déterminée par les troubles de la conscience, qui doute du passé : le malade se demande s'il a réellement accompli le crime autrefois. Il en résulte des réactions anxieuses, plus ou moins accentuées, qui peuvent simuler, étant données surtout la nature pénible des préoccupations et l'existence des idées d'autoaccusation, un accès de mélancolie (Séglas).

Les idées d'autoaccusation, chez les obsédés, procèdent, comme l'ont bien démontré Séglas et Janet, de la désagrégation psychique du sujet, du défaut de synthèse mentale, qui s'opposent à l'assimilation complète des états de conscience à la personnalité, troublent le rappel des souvenirs et donnent ainsi des aliments au doute et aux scrupules perpétuels des malades ; l'automatisme psychologique fait son œuvre devant la conscience obnubilée, et *le malade anxieux finit par se croire réellement coupable.*

Les idées d'autoaccusation reliées à l'obsession participent aux caractères généraux de ce processus psychopathique, dont elles ne représentent qu'un équivalent : paroxysticité, irrésistibilité, angoisse concomitante, détente consécutive ; conscience, plus ou moins complète, de la nature morbide de la crise.

Voici quelques exemples d'idées d'autoaccusation de nature obsédante :

Chaslin[2] cite, dans sa thèse, l'exemple d'une hystéro-neurasthénique dégénérée, douteuse et phobique, qui rêve une nuit qu'elle tue son mari et sa fille avec un grand couteau. Le matin, elle s'assure que ce n'est pas vrai et elle dit : « Ah ! mon Dieu ! si je les avais tués ! A partir de ce moment, elle ne peut plus voir un couteau sans avoir une peur atroce, des angoisses, etc...

Ce cas intéressant met bien en lumière : d'abord, l'influence du

[1] RAYMOND et JANET. — *Névroses et idées fixes*, 1898.

[2] CHASLIN. — Thèse citée, p. 44.

rêve sur la détermination du contenu de l'obsession ; ensuite, l'ébauche initiale d'une idée d'autoaccusation obsédante, d'étiologie onirique, chez une grande dégénérée.

Séglas [1] donne l'observation d'une obsédée qui s'exprime ainsi : « Je me sens toujours portée à souhaiter toutes sortes de choses mauvaises, tout ce qui me fait le plus de peine. Je me dis d'abord : Si je faisais cela, ce serait horrible, je ne voudrais pas ! Puis, après, je me dis : Si cependant je l'avais fait ? et alors je n'arrive jamais à me rendre compte si réellement je n'ai pas fait de mal, je suis dans des transes comme des remords. Il y a quelque temps, je me croyais ainsi cause de la mort de plusieurs personnes... »

Dans ce cas, le processus de l'obsession, avec le trouble de la conscience et l'interrogation anxieuse qui l'accompagnent, préside seul à la genèse de l'idée d'autoaccusation.

Dans les exemples suivants, empruntés à Janet, les idées d'autoaccusation, de nature obsédante, revêtent encore plus de précision.

Idées d'autoaccusation obsédantes

(Janet. — La maladie du scrupule. *Revue philosophique,* avril 1901.)

Nous constatons ensuite des remords pour tous les crimes qui tout à l'heure se présentèrent comme des impulsions. Il est à remarquer, en effet, que les malades qui se disent poussés à accomplir un meurtre sont souvent les mêmes qui, quelques jours après, vont avoir des remords comme s'ils avaient réellement commis cet acte.

Ainsi, du vivant de sa belle-mère, Ger... était poussée à la tuer; quand cette dame fut morte, *elle s'accusa d'avoir causé sa mort.*

Vi... s'accuse d'avoir accompli toutes les actions auxquelles, comme nous l'avons vu, elle se sentait poussée. Elle *a causé la mort des gens,* elle a étranglé, elle a *blessé des passants,* envoyé des lettres compromettantes, *versé du poison, trompé son mari,* etc.

D'autres, sans avoir eu d'impulsions précises, ont perpétuellement des remords. Rob..., qui tient une caisse dans une maison de commerce, est poursuivie par l'idée qu'elle a mal rendu la monnaie, qu'elle a volé.

« Dès que je sors d'une maison, dit Lk..., je me figure que j'y ai volé quelque chose. » We... se reproche tous les chagrins, tous les malheurs

[1] Séglas — *Leçons de la Salpêtrière,* p. 361.

qu'elle voit arriver autour d'elle, parce qu'elle s'accuse de les avoir autrefois prévus et souhaités. Wys..., un homme de trente ans, a des remords épouvantables, parce que, étant un jour insulté par quelques gamins, il leur avait répondu avec dureté. New., un homme de trente ans, invente tout un véritable délire rétrospectif : *il se reproche sa conduite indécente à l'école et il invente que tous ses maîtres ont abusé de lui :* cela devient un roman assez compliqué. Kl... est poussée à penser que son enfant n'est pas le fils de son mari; ce problème dissimule une véritable obsession de remords : c'est une manière de se demander si elle a trompé son mari. Dk... a l'idée qu'il y a quinze jours, il a pu tuer quelqu'un ; *il va dans la rue frôler les sergents de ville et se trouve sur le point de les prier de l'arrêter.* L..., si on la croit, a fait tous les crimes possibles : communions sacrilèges, meurtres, infanticides (elle s'accuse d'infanticide toutes les fois qu'elle a des rapports avec son mari non suivis de conception), crimes contre nature, etc.

Za... a des remords de ce genre assez curieux, parce qu'ils s'accompagnent d'images innombrables analogues à de véritables tableaux. *Il a la manie de s'accuser de tous les meurtres dont il entend parler.* Ainsi on lui apprend, à la campagne, qu'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans a été trouvé mort sur une route. Immédiatement il se dit que c'est lui qui l'a tué pour lui prendre son argent. En passant près d'une maison il a entendu ou cru entendre le bruit d'un revolver, et il apprend ensuite qu'un homme s'est tué dans cette maison. Aussitôt il en conclut que c'est lui qui a tiré le coup de revolver et tué cet individu. L'obsession de ce remords a duré deux ans. « J'éprouve, dit-il, en parlant de ces remords, toutes les émotions du voleur, de l'assassin, toutes les tortures du remords pour des crimes imaginaires. Je vois les suites du crime : je vois deux agents venir me saisir au milieu des miens, je vois la prison, le cabinet du juge d'instruction, la cour d'assises ; je me vois au banc des accusés, dévisagé par mes amis qui chuchotent entre eux : « On ne s'en serait jamais douté ! » Je subis les angoisses de l'incertitude qui précèdent les verdicts du jury et je travaille à reproduire en moi-même les impressions du condamné à mort qu'on ligotte pour le conduire au lieu de l'exécution.... »

Une conclusion pratique générale qui ressort de l'étude des idées d'autoaccusation chez les obsédés, est que ces idées restent toujours à l'état platonique, n'évoluent pas jusqu'à l'acte de l'autodénonciation, et ne comportent par conséquent aucune conséquence judiciaire. Aussi, les idées d'autoaccusation de nature obsédante n'ont-elles pas d'histoire médico-légale.

C. — L'autoaccusation chez les paranoïaques

Sans entrer ici dans l'exposition et l'appréciation critique des divers délires, dont l'apparition peut accidenter d'épisodes psychopathiques transitoires ou compliquer d'états vésaniques prolongés l'évolution mentale des dégénérés, je mentionnerai seulement, parmi les psychoses dégénératives, celles qui comportent l'apparition des idées d'autoaccusation.

Les dégénérés paranoïaques qui formulent des idées d'autoaccusation sont les persécutés mélancoliques et autoaccusateurs, quelques persécutés autoaccusateurs alcooliques et certains délirants autoaccusateurs primitifs.

Les *persécutés mélancoliques autoaccusateurs* sont des malades chez qui s'associent, par coexistence, succession ou alternance, avec ou sans combinaison réciproque, les deux délires de persécution et d'autoaccusation. Cette intéressante catégorie de vésaniques, déjà entrevue par Cotard[1], Régis et Meilhon[2], Jastrowitz[3], Koch[4], Meynert[5], Arnaud[6], a été spécialement étudiée par G. Ballet[7] et Séglas[8].

Ces deux auteurs, analysant, dans des travaux d'un grand intérêt, *les rapports réciproques des idées*, en apparence contradictoires, *de persécution et d'autoaccusation*, ont démontré *la fréquence de cette association délirante,* la filiation chronologique et l'enchaînement

[1] COTARD. — Délire des négations. *Archives de Neurologie,* 1887.

[2] MEILHON. — *Du suicide dans le délire des persécutions.* Thèse Bordeaux, 1886.

[3] JASTROWITZ. — *Arch. f. Psych.,* 1885.

[4] KOCH. — *Lehrbuch der Psych.,* 1888.

[5] MEYNERT. — *Leç. cliniq.,* 1890.

[6] ARNAUD. — Variétés cliniques du délire de persécution. *Annal. méd. psych.,* 1893.

[7] G. BALLET. — Congrès de Blois, 1892. *Semaine médicale,* 1893. *Psychoses,* 1897.

[8] J. SÉGLAS. — Congrès de Blois, 1892, et de La Rochelle, 1893. *Leç. de la Salpêtrière,* 1895.

syllogistique des idées morbides, l'étiologie dégénérative et les associations cliniques de ce syndrome, les particularités évolutives pronostiques spéciales qu'il comporte, enfin les éléments du diagnostic différentiel de ces cas particulièrement difficiles.

Les deux importantes monographies de G. Lalanne[1] et de Batailler[2] ont apporté à l'histoire des persécutés autoaccusateurs de nombreux documents nouveaux et contiennent un exposé, historique et critique, complet de la question. Roubinowitch[3], enfin, a montré, par la relation de deux cas personnels, l'*intérêt du rôle étiologique de l'alcoolisme* dans la genèse de cet état vésanique complexe.

La portée médico-légale des idées d'autoaccusation, chez ces dégénérés délirants, étant fort restreinte, je n'entrerai pas dans l'étude de ces états paranoïaques. Je rappellerai sommairement, cependant, que l'on peut, chez ces malades, distinguer plusieurs cas, au point de vue de la genèse et de l'évolution des idées d'autoaccusation.

Dans un premier cas, le processus mélancolique, avec ses troubles anesthésiques, émotionnels et abouliques fondamentaux et son délire secondaire de culpabilité et d'autoaccusation, inaugure l'histoire de la maladie. Puis, peu à peu, apparaissent, d'abord vagues, puis progressivement précisées, syllogistiquement reliées aux idées d'autoaccusation, les idées de persécution. Celles-ci finissent par prédominer et s'organiser en une paranoïa secondaire postmélancolique : tel est le cas des *mélancoliques persécutés.*

Dans un second cas, ce sont les idées de persécution qui apparaissent les premières et, à une phase ultérieure, surviennent les idées d'autoaccusation. Les deux délires peuvent coexister, alterner, se combiner ou évoluer côte à côte, sans se pénétrer réciproquement. Les idées d'autoaccusation éclatent parfois par accès intermittents, paroxystiques, d'allure anxieuse, *que peuvent compliquer des raptus suicides.* Lorsque les deux systèmes délirants se combinent dans un complexus vésanique associé, les idées d'autoaccusation engendrent ou expliquent les idées de persécution ou, au contraire,

[1] Lalanne. — *Les persécutés mélancoliques.* Thèse Bordeaux, 1897.

[2] Batailler. — *Les persécutés autoaccusateurs.* Thèse Paris, 1897.

[3] Roubinowitch. — *Ann. méd. psych.*, 1894.

sont interprétées comme une conséquence des persécutions subies. Tel est le cas des *persécutés mélancoliques autoaccusateurs*.

Dans un troisième cas, l'idée d'autoaccusation s'associe aux idées de persécution, chez des malades qui ne sont nosologiquement ni des mélancoliques vrais, ni des persécutés classiques, mais des *dégénérés hypocondriaques et obsédés*. Le plus souvent, les préoccupations hypocondriaques et obsédantes, de nature génitale et religieuse, affectent des esprits misanthropes, méfiants, timides, sujets aux formes les plus diverses de l'obsession (ereutophobie, exhibitionnisme, etc.), des scrupuleux atteints de la crainte du ridicule, de la honte de leur corps (Janet) et particulièrement de leurs organes génitaux, lesquels sont souvent d'ailleurs affectés de tares pathologiques ou congénitales.

Sur ce terrain psychopathique dégénératif, se développent, parallèlement aux préoccupations hypocondriaques et obsédantes, des idées passives de persécution sans tendance réactionnelle et des idées d'autoaccusation sans caractère nettement mélancolique. Ces malades s'accusent d'être les auteurs responsables de leur amoindrissement physique, génital et psychique, parce qu'ils ont commis des excès génésiques, qu'on les a pris en flagrant délit de masturbation, etc.

Le délire d'autoaccusation déborde parfois le domaine étroit de l'hypocondrie génitale, pour *s'étendre à la sphère de l'obsession criminelle et de l'autodénonciation* : c'est ainsi qu'un des malades de G. Ballet (Obs. V) disait être l'assassin de la petite Neut, la fillette qui fut, il y a quelques années, violée et jetée dans le canal Saint-Martin.

Parmi *les conséquences pratiques et médico-légales* que peuvent entraîner ces vésanies hypocondriaques et obsédantes, figurent *la poursuite obstinée de l'intervention chirurgicale*, pour corriger ou réparer les organes génitaux, *la tendance aux automutilations* et, enfin, *les tentatives de suicide*.

Dans un quatrième cas, la combinaison des délires de persécution et d'autoaccusation se réalise sur le terrain prédisposé par l'intervention de l'alcoolisme. Roubinowitch [1] a publié deux observations

[1] Roubinowitch. — *Loc. cit.*

intéressantes de cette variété de *persécutés autoaccusateurs alcooliques*. Dans ces deux cas, les victimes coupables ne réagissent pas contre leurs persécuteurs, puisqu'elles reconnaissent, dans leurs torts, la raison d'être de leurs persécutions.

Batailler a consigné, dans sa thèse, deux observations de persécutés autoaccusateurs alcooliques, analogues à celles de Roubinowitch ; l'un des deux malades a poussé son délire d'autoaccusation jusqu'à l'intervention médico-légale, dans les conditions ci-après résumées.

OBSERVATION XXIV

Autoaccusation délirante chez un persécuté alcoolique ; attente de l'exécution et réclamation du supplice au commissaire de police.
Internement. — Amélioration.

(Batailler. — Observation prise chez Magnan. Thèse de Paris, 1897.)

Résumé de l'observation : Dégénéré, hérédo-tuberculeux et hérédo-alcoolique ; alcoolique chronique, présentant des hallucinations très fréquentes et aussi des interprétations délirantes, en butte aux persécutions d'ennemis politiques ligués pour sa perte, à cause de ses opinions royalistes, qu'il confesse avoir eu tort de professer.

Un jour, il crut comprendre, en lisant un journal, que sa condamnation avait été prononcée au Parlement ; d'ailleurs, dans la nuit, il entendit ces voix : « Tu iras seul, on ne viendra pas te chercher, tu t'y rendras toi-« même. » Cela voulait dire qu'il devait se rendre à la Roquette pour se faire guillotiner. Il s'y rendit, en effet, à plusieurs reprises, attendant toujours que la justice fît son œuvre. Ne voyant rien venir, *il se rendit au commissariat, demandant qu'on en finisse et qu'on l'exécute, puisqu'il avait été condamné.*

Il fut conduit au Dépôt de la Préfecture et, le lendemain, arrivait à l'admission de Sainte-Anne, dans le service de Magnan.

Le malade, persuadé que « si on lui a fait des misères, c'est bien de sa faute », confesse « que la peine est un peu forte et espère qu'elle va bientôt cesser ».

Amélioration lente, progressive et transfert à Ville-Evrard.

Dans une cinquième et dernière catégorie de cas, l'*idée d'autoaccusation forme à elle seule la trame délirante d'un état paranoïaque* aigu ou chronique, primitif et systématisé. C'est ce syndrome psychopathique, dont la cohérence et la solidité s'opposent, en une certaine mesure, à la pauvreté, à la fragilité et au polymorphisme du délire d'autoaccusation chez les malades précédents, que Séglas[1] a récemment étudié et isolé sous le nom de *délire systématique primitif d'autoaccusation.*

Le délire évolue sous la forme aiguë ou chronique.

Sous la forme aiguë, il éclate brusquement, sous l'influence de minimes causes occasionnelles, apparaît primitivement, sans incubation mélancolique préparatoire et se développe sans troubles organiques concomitants. Les phénomènes d'anxiété et d'agitation, lorsqu'ils apparaissent, sont épisodiques et secondaires à l'activité du délire, aux paroxysmes de l'exacerbation paranoïaque. Les idées d'autoaccusation, multiples, assez mobiles, reposent sur des interprétations précises, sur des prétendues preuves de culpabilité, et laissent d'ailleurs, le plus souvent, le champ de l'activité psychique assez libre, pour que le malade puisse, parallèlement à ses conceptions délirantes, faire preuve de mémoire, d'attention et d'une idéation étendue. La durée de cctte paranoïa aiguë, systématique d'autoaccusation varie entre quelques jours et quelques mois. Dans le premier cas, la bouffée délirante est le plus souvent hallucinatoire, s'accompagne de réactions anxieuses et parfois de sitiophobie et de tentatives de suicide. *La possibilité du suicide est à retenir,* comme *complication médico-légale de cette espèce morbide.*

Sous la forme chronique, le délire d'autoaccusation se développe plus ou moins brusquement, non pas, ainsi qu'il est de règle dans les états mélancoliques, comme l'expression délirante d'un changement dans les conditions de la personnalité du malade, mais, ainsi qu'il est de règle dans les paranoïas chroniques, comme l'exagération, dans le même sens, de certains traits d'un caractère déjà anormal. Les tendances congénitales à l'orgueil et au scrupule s'exagèrent, dans le délire d'autoaccusation, en un système vésanique, essentiellement centripète et égoïste, fait d'interprétations délirantes,

[1] J. Séglas. — Le délire systématique primitif d'autoaccusation. *Archives de Neurologie,* 1899.

souvent sans hallucinations; une grande activité psychique est mise au service des convictions morbides. On observe parfois, à titre de *réactions secondaires au délire,* de *dangereuses tentatives de suicide,* réfléchies, combinées, exécutées avec décision, difficiles à déjouer et profondément différentes des raptus anxieux et impulsifs des mélancoliques.

Au cours de son évolution chronique, ce délire se systématise et persiste indéfiniment, avec ou sans adjonction d'idées de persécution, de grandeur ou de négation.

Ce délire systématique d'autoaccusation, qui représente, par l'ensemble de ses caractères, une des formes de la folie systématique primitive chronique, ne comporte guère d'autre intérêt médicolégal que celui qui résulte de *la possibilité de tentatives de suicide dangereuses, que le médecin expert peut être appelé à constater et à expliquer.* A ce titre, et à cause de son intérêt clinique, ce délire méritait d'être brièvement résumé dans une étude sur les Autoaccusateurs.

III

L'AUTOACCUSATION DANS LES PSYCHOSES TOXIQUES

Les états toxiques et infectieux, d'origine interne ou externe, primitifs ou secondaires, peuvent déterminer des troubles psychiques, plus ou moins profonds, généralement temporaires, qui sont caractérisés par le *délire hallucinatoire*, l'*onirisme*, la *confusion mentale*, des *réactions secondaires* variées (agitation, anxiété, stupeur, raptus, etc.), et, enfin, à titre consécutif de l'*amnésie*, de l'*obtusion intellectuelle*, l'*exagération de l'automatisme psychologique* et la persistance d'*idées délirantes fixes postoniriques*. Dans toute une série de travaux d'un grand intérêt, Régis a bien fixé les caractères cliniques de ces psychoses toxiques[1].

Dans l'immense majorité des cas, les *hallucinations* et tous les phénomènes secondaires, dans l'ordre des idées et des réactions, sont de nature *pénible, triste ou terrifiante*. Les *psychoses toxiques réunissent donc tous les éléments pathogéniques favorables à l'apparition et au développement des idées d'autoaccusation*. Le délire, secondaire en ce cas aux troubles psychosensoriels, évolue sur un fonds de confusion mentale et d'obtusion intellectuelle, éminemment propice à la culture, sous forme d'idées fixes postoniriques, de *conceptions d'origine hallucinatoire, de nature pénible,* et capables de s'imposer pour un temps à la conscience et à la foi du malade.

Le *drame hallucinatoire,* composé d'éléments empruntés à la vie quotidienne du malade, évolue souvent en un cadre familier, dans

[1] La bibliographie de ces travaux figure dans la communication de Régis à l'Académie de Médecine, 7 mai 1901, sur le délire onirique des intoxications.

un milieu connu. La scène et les personnages de l'action sont réels; et, sur le fonds obscur et confus de la conscience obnubilée, ces images se détachent nettement, au premier plan, avec une vigueur et un éclat singuliers.

Ce qui caractérise, en effet, les *idées-images d'autoaccusation d'origine onirique,* c'est la précision, la netteté de formes et de contours qu'elles revêtent dans l'esprit du malade, c'est l'intensité de couleur, l'animation objective, le mouvement de vie, avec lesquels elles s'imposent à la croyance. Aussi ces idées-images d'autoaccusation tiennent-elles, de leur origine hallucinatoire, *un cachet d'objectivité et de réalisme,* qui leur assure, dans le conflit des images et des idées, une prééminence et une persistance remarquables. Cette survie est d'ailleurs proportionnelle, dans sa durée et ses conséquences, à l'affaiblissement et à la déséquilibration de la mentalité à laquelle elles se sont une fois imposées.

En général, cette survivance de l'idée fixe est *éphémère ;* et, au terme d'une courte période où l'*amélioration progressive de la conscience et du jugement s'effectue par phases oscillantes irrégulières,* le malade ne tarde pas à se ressaisir complètement et à *renoncer à son idée délirante.*

Dans d'autres cas, cette idée *persiste* assez longtemps, et le délire d'autoaccusation, *survivant à ses origines oniriques, s'organise* dans l'esprit du sujet, pourtant bien dégagé alors de l'obnubilation du rêve initial, se *systématise secondairement* et parcourt ainsi une évolution plus ou moins longue. Ball, après Lasègue, a bien étudié ces *rêves prolongés,* et Régis a établi les étroites analogies que ces états oniriques présentent avec les *crises somnambuliques,* les *états seconds* de l'hystérie, durant lesquels les sujets sont des rêveurs actifs, qui vivent leur rêve et le mélangent avec la réalité ambiante, qu'ils perçoivent plus ou moins confusément et au milieu de laquelle ils évoluent.

Dans des cas exceptionnels, à ce délire toxique fait suite, chez des alcooliques chroniques ou des affaiblis démentiels, un état vésanique qui persiste indéfiniment, pour se perdre, en s'effaçant de plus en plus, dans la démence terminale.

En vertu de son intensité et de sa vivacité hallucinatoire, l'image onirique tend, non seulement à *s'imposer à la croyance,* mais encore, par une loi de la psychologie des états hallucinatoires, elle tend à

s'incorporer à la personnalité du malade ; si bien que celui-ci, par une sorte d'attribution à son moi et d'assimilation personnelle de l'activité onirique, *joue le rôle principal dans le drame terrifiant du rêve morbide :* c'est lui qui devient le héros du roman criminel imaginaire.

Ainsi naît et s'organise dans l'onirisme toxique, puis survit dans la confusion délirante postonirique, l'idée vivace d'une culpabilité précise, indiscutable et d'une autoaccusation absolument sincère.

Les idées d'autoaccusation, qui peuvent apparaître au cours de toutes ces psychoses toxiques, éclosent surtout dans les *délires alcooliques* et les *états infectieux,* notamment la *fièvre typhoïde.* On les a observées aussi dans les *délires d'inanition,* qui ne sont qu'une variété de délire d'autointoxication (Régis) ; dans la *confusion mentale* primitive et même dans des *états psychopathiques d'étiologie imprécise* et d'évolution brève, où le rêve morbide et ses conséquences constituent le seul effet clinique saisissable d'une intoxication cérébrale d'origine inconnue.

A. — L'autoaccusation chez les alcooliques

« Quand un homme vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela « soit vrai, il y a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent pour que « ce soit un alcoolique. » (Lasègue[1].)

Cette déclaration de l'illustre médecin de l'Infirmerie des aliénés de la Préfecture de police donne la mesure de l'extrême importance de l'alcoolisme dans l'étiologie de l'autoaccusation. Cette importance est telle que, chez tout autoaccusateur, l'intoxication alcoolique doit être recherchée : car, en dehors des cas où elle est à peu près seule responsable du délire, elle intervient, à titre d'appoint pathogénique ou d'excitation occasionnelle, dans beaucoup des processus psychopathiques qui aboutissent à l'autoaccusation.

Chez les alcooliques autoaccusateurs, on observe les plus grandes

[1] LASÈGUE. — Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme. *Études médicales,* t. II.

et les plus curieuses variétés cliniques, dans les conditions de la genèse, dans les allures et dans la durée du délire. Si, chez les sujets résistants, celui-ci ne s'organise qu'au prix d'un empoisonnement déjà ancien, ou au moins massif dans ses doses ; chez ceux que, soit leur hérédité, soit leur affaiblissement cérébral organique, prédispose aux réactions psychopathiques, il suffit souvent d'une intoxication légère et récente pour provoquer l'apparition de l'onirisme morbide. Chez les dégénérés, sans cesse en imminence de délire, le moindre appoint alcoolique peut éveiller l'idée d'autoaccusation : et celle-ci, qui s'efface dans l'intervalle des ingestions toxiques, peut même réapparaître à l'occasion de chaque excès (Ob. XX). Les *récidives du délire d'autoaccusation* ont été ainsi observées chez plusieurs alcooliques (Obs. XXX, XXXIV). Dans les observations de Roubinowitch, l'idée d'autoaccusation, jointe à celle de persécution, était née, chez deux dégénérés, sous l'influence d'une intoxication déjà ancienne.

Dans tous ces cas, l'association des processus pathogéniques, alcoolisme et dégénérescence mentale, réalise, dans une sorte de *rencontre hérédo-toxique* (P. Garnier), un syndrome complexe, mixte, où se combinent les éléments des délires dégénératifs et des psychoses alcooliques.

En outre, aux facteurs, déjà multiples, de l'intoxication alcoolique s'ajoutent souvent, chez les mêmes sujets, *d'autres intoxications : troubles menstruels, digestifs ; insuffisances hépatique ou rénale ; infections* concomitantes ; enfin et surtout, *surmenage.*

Ce dernier facteur d'autointoxication, le *surmenage*, joue un rôle parfois majeur, chez les déséquilibrés alcooliques, dans l'éclosion du délire d'autoaccusation : chez ces prédisposés en imminence d'onirisme toxique, il suffira d'une *insomnie* un peu prolongée, d'un excès de *fatigue,* d'un *traumatisme,* d'une *inanition* relative, pour faire éclore, à la suite d'un rêve, nocturne ou diurne, l'idée d'autoaccusation. Ces cas mettent bien en évidence le rôle du rêve dans l'évolution du délire (Chaslin) et, en particulier, du délire d'autoaccusation (Voir les obs. de Faure et Hammond).

Dans la grande majorité des cas, le délire d'autoaccusation d'origine alcoolique est *transitoire.* Lorsque le malade renonce à son idée délirante, ce n'est jamais subitement : le retour à la santé intellectuelle s'effectue assez lentement, par oscillations irrégulières, mar-

quées par des *alternatives de lucidité semi-consciente et de conviction délirante :* puis, les phases de délire, de plus en plus brèves, finissent par disparaître.

Par une loi de la pathologie de l'alcoolisme, c'est toujours le soir, dans l'*obscurité,* que les conceptions morbides reprennent leur empire et s'imposent de nouveau à un esprit qui, dans la journée, à la lumière de la réalité et avec le contrôle de ses sens, avait réussi à chasser les fantômes du délire onirique. Cette *influence de l'obscurité* sur les oscillations évolutives du délire alcoolique d'autoaccusation, démontre *le rôle des troubles psychosensoriels* dans la genèse des idées délirantes.

A propos de l'étude de l'évolution du délire d'autoaccusation d'origine alcoolique, l'observation démontre que beaucoup des autoaccusateurs, amenés à l'Infirmerie du Dépôt de la Préfecture, ne tardent pas, le jour même de leur arrivée, après une soirée assez agitée, à s'endormir d'un *sommeil profond* et souvent prolongé. Ce fait semble indiquer le pressant *besoin de repos,* et de repos dans le sommeil, qu'éprouve l'organisme intoxiqué et délirant ; c'est là une démonstration indirecte, mais probante, du rôle étiologique occasionnel majeur, en l'espèce, du surmenage ; d'ailleurs, ces autoaccusateurs, délirants transitoires, ne liquident leur accès onirique qu'après une ou plusieurs nuits de ce sommeil vraiment curateur ; on peut donc dire d'eux qu'ils ne guérissent de leur rêve pathologique qu'en dormant, et que c'est *le repos du dormeur qui dissipe le cauchemar de l'homme éveillé.*

L'autoaccusation d'origine alcoolique, qui participe à la richesse et à la variété des modalités délirantes de l'alcoolisme, s'observe surtout dans deux des principales formes des psychoses alcooliques : l'*ivresse psychique ou délirante* et le *délire alcoolique subaigu.* Dans le premier cas, le délire d'autoaccusation éclate sous l'influence d'une intoxication aiguë, consécutive à des excès massifs de boissons nocives ; dans le second cas, il apparaît, en dehors de toute ivresse, chez un alcoolique chronique, comme une forme délirante spéciale d'alcoolisme subaigu ; généralement préside à l'éclosion du délire, dans ce dernier cas, une circonstance étiologique occasionnelle surajoutée, qui réalise, sous la forme de l'autoaccusation onirique, l'aptitude psychopathique permanente de l'intoxiqué.

Dans une troisième série de cas, le délire d'autoaccusation résulte des combinaisons si variées de l'alcoolisme et de la dégénérescence mentale ; ainsi se réalise un *alliage pathologique,* où chacun des deux éléments, entré à doses inversement proportionnelles à l'autre, joue vis-à-vis de celui-ci un rôle soit d'*excitant occasionnel* simple, soit d'*appoint modificateur,* soit d'*élément directeur du processus* morbide. Divers exemples de cette hybridité étiologique et clinique ont été déjà cités au chapitre des dégénérés autoaccusateurs. Je ne citerai ici que les observations où l'alcoolisme semble représenter le *facteur étiologique prépondérant* de l'idée d'autoaccusation.

Dans ses remarquables études sur la folie à Paris, P. Garnier, distinguant dans l'ivresse les formes simples et les formes anormales, reconnaît, dans ces dernières, trois variétés principales, l'*ivresse excito-motrice,* l'*ivresse hallucinatoire* et l'*ivresse délirante.* C'est à cette dernière variété d'ivresse psychique que se rattache le délire d'autoaccusation d'origine-ébrieuse chez les alcooliques. Cette variété s'observe chez des individus plus ou moins anciennement alcooliques, mais en puissance actuelle d'ivresse, *sous l'influence d'un récent et massif excès de boissons ;* et la forme délirante compliquée, romanesque, que revêt chez eux l'ivresse, a sa raison d'être dans la *modalité réactionnelle propre au tempérament* du malade, qui est un *imaginatif* et dont l'éréthisme cortical, toujours *en charge d'idées* (P. Garnier), est plus apte à des vibrations psychiques qu'à des excitations sensorielles ou à des décharges motrices.

C'est dans cette catégorie si intéressante de déséquilibrés alcoolisés, que se recrutent les types d'autoaccusateurs qu'on observe à l'Infirmerie du Dépôt, et qui sont si curieux dans la profondeur et la sincérité de leurs convictions, si remarquables dans la précision et le pittoresque de leurs récits, si dramatiques et si émouvants dans l'expression pathétique de leur indignation et de leur remords.

En voici quelques exemples empruntés, pour la plupart, à la riche collection de M. P. Garnier.

OBSERVATION XXV

Autodénonciation délirante d'un assassinat retentissant, par un alcoolique déséquilibré, sous l'influence d'une ivresse psychique temporaire, consécutive à de récentes et copieuses libations.— Pas de signes physiques d'alcoolisme. — Dénonciation d'un complot imaginaire contre la sûreté de l'État commis, deux ans auparavant, dans un accès d'ivresse délirante analogue. — Observation du malade au Dépôt. — Pas d'internement. — Guérison. — Mise en liberté.

(P. Garnier. — *La folie à Paris*, 1890.)

Je ne puis rapporter ici, faute de place, cette belle observation, et je veux pas la mutiler en la résumant. En la lisant dans le texte même, on y trouvera tous les éléments classiques de l'autoaccusation alcoolique, que j'ai énumérés plus haut : étiologie foncière, faite de déséquilibration mentale avec tempérament imaginatif, et d'alcoolisme ; étiologie occasionnelle, faite d'ivresse momentanée : récidive de l'idée d'autoaccusation ; caractère romanesque, tragique, sanglant, du drame criminel ; sincérité et repentir de l'autoaccusateur ; caractère éphémère du délire onirique, que dissipe un accès salutaire de sommeil profond : phase critique de doute et de discussion du délire, avant le retour définitif et complet de la lucidité intellectuelle.

OBSERVATION XXVI

Autodénonciation délirante d'une complicité dans un crime retentissant, par un débile alcoolique, sous l'influence d'une ivresse psychique temporaire.
Internement. — Guérison.

(P. Garnier. — *La folie a Paris et notes personnelles inédites.*)

Par un de ces hasards que réalise la clinique, on amena précisément au Dépôt, le même jour que l'autoaccusateur précédent, *un autre assassin de Marie Aguétant.*

C'était un sieur J..., qui s'était également *constitué prisonnier* dans une localité des environs de Paris, à Stains. Celui-là aussi donnait des détails assez complets, mais moins précis cependant, sur les circonstances du crime. Il s'accusait d'avoir suggéré à Prado l'idée d'assassiner Marie Aguétant, de l'avoir assisté dans son crime, etc. Mis en présence l'un de l'autre, X... et J... se renvoyèrent réciproquement des regards de pitié et de dédain.

Rien n'était plus étrange que ces deux hallucinés *se disputant la propriété du crime.* Chacun d'eux avait de l'autre, bien visiblement, cette idée : « Mais cet homme est fou ! »

J... était un délirant alcoolique vulgaire dont les conceptions imaginaires étaient autrement plus mobiles et plus vagues que celles de X... Interrogé par ce dernier qui continuait à revendiquer hautement pour lui l'assassinat de Marie Aguétant, J... ne peut défendre son opinion avec la même force que X... Il battit quelque peu en retraite, sollicité, d'ailleurs, par d'aûtres courants d'idées morbides et d'autres troubles sensoriels relevant d'un accès de délire alcoolique. X... sortit triomphant de cette épreuve.

J..., manifestement débile, ajoutait à ses déclarations de culpabilité *qu'il avait eu tout d'abord l'intention d'aller trouver Deibler pour en finir au plus vite.*

Les autres symptômes d'alcoolisme subaigu, le tremblement, les hallucinations, l'anxiété panophobique du soir, obligèrent à l'internement de J... (23 novembre 1888).

OBSERVATION XXVII

Autodénonciation délirante d'un fratricide, par un dégénéré absinthique, sous l'influence d'une ivresse psychique temporaire.— Autodénonciation délirante de désertion, commise deux ans auparavant, dans les mêmes conditions étiologiques. — Délinquance fréquente. — Pas de signes physiques d'alcoolisme.

Observation au Dépôt. — Guérison. — Mise en liberté.

(P. GARNIER. — *La Folie à Paris,* 1890.)

OBSERVATION XXVIII

Autodénonciation délirante de l'assassinat de sa fille, par un alcoolique, sous l'influence d'une ivresse psychique temporaire. Pas de signes physiques d'alcoolisme. Pas d'internement. — Guérison. — Mise en liberté.

(P. GARNIER. — Observ. inédite.)

Le nommé Q... G..., quarante-six ans, est ouvrier tanneur, enfant naturel, père de quatre enfants. Sa mère s'adonnait beaucoup à la boisson. Jamais malade, exempt du service militaire pour cause de hernie inguinale. Intelligence moyenne, instruction d'un ouvrier, bonne mémoire.

Il a commencé à boire avec excès il y a quinze ou vingt ans (rhum et vin), très peu d'absinthe, pas d'amer Picon, pas de vermout.

Q... a toujours eu le sommeil assez bon, il n'a pas de cauchemars, pas de tremblement des mains. Il n'a jamais présenté le moindre signe de folie alcoolique. C'est un bon ouvrier, qui est resté vingt ans dans la même maison, où l'on est très content de lui.

Dans les premiers jours de février, l'ouvrage ne marchant pas beaucoup, Q... devint très inquiet du lendemain et se montra très préoccupé. Le 12 février, à l'occasion de l'enterrement d'une parente, il fit de *copieuses libations* et, le lendemain 13, n'ayant pas été à l'atelier, il *continua à boire.*

Le 14 février, il se présente chez M. Cochefert, chef de la Sûreté, et *déclare qu'il vient d'assassiner sa fille, âgée de seize ans, et qu'il a caché son cadavre dans la cave.*

On se renseigne à son domicile, où l'on apprend que les quatre enfants de Q... se portent bien et sont inquiets de la disparition de leur père, qui leur avait *semblé drôle, seulement pour la première fois,* dans la soirée du 13.

Conduit à l'Infirmerie spéciale, Q... se présente avec un air presque hébété ; aux premières questions, il répond qu'il ne sait pas où il est, qu'il ne comprend rien à ce qui lui arrive, il se plaint de la tête et d'avoir toutes ses idées embrouillées.

Il ne paraît avoir aucun souvenir de sa démarche chez le chef de la Sûreté, mais soudain, sur une allusion faite à cette démarche, il crie : « Ah ! je me souviens ! Oh ! c'est épouvantable ! » et il éclate en sanglots.

Maintenant il se rappelle sa déclaration, il me la répète et me dit qu'il était convaincu, à ce moment, d'avoir assassiné sa fille ; qu'il se rend compte maintenant que c'était l'égarement de son esprit qui lui faisait tenir un pareil propos. Il adore ses enfants, n'a jamais eu de discussion avec sa fille. Il se lamente, etc.

Aucun signe physique d'alcoolisme ; il se montre très calme dans sa cellule et paraît seulement un peu absorbé. La nuit du 15 au 16 est très bonne.

Le 16, il peut être mis en liberté et confié à son fils aîné.

OBSERVATION XXIX

Autodénonciation délirante de l'assassinat d'un ministre, par un déséquilibré alcoolique, sous l'influence d'un accès prolongé d'ivresse psychique. — Amnésie concomitante des éléments de l'identité civile (nom, domicile, etc.). Observation au Dépôt. — Pas d'internement. — Guérison.

(P. Garnier. — Notes inédites.)

D... Auguste-Albert, trente et un ans, garçon boucher, est amené, le 29 novembre 1891, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, avec le procès-verbal suivant du commissaire de police du quartier de la Sorbonne :

« Nous faisons conduire à l'Infirmerie spéciale un individu qui ne peut donner aucun renseignement sur son état civil et qui paraît atteint d'aliénation mentale. Il a été arrêté cette nuit, rue Soufflot, déclamant sur la voie publique. Il dit avoir tué M. Constans, ministre de l'Intérieur. Il est en proie à une certaine exaltation. »

D... se présente à l'Infirmerie, l'air sombre, inquiet, demandant de temps à autre : « A quand le jugement ? » C'est un homme vigoureux, aux traits réguliers, mais dont le teint animé, l'œil injecté, le visage congestionné, le regard atone et hébété donnent l'impression de l'alcoolisme. Il ne sent pas l'alcool cependant, et ne présente aucun tremblement. A la visite, le 25 novembre 1891, dépourvu de tout renseignement sur l'identité du malade, M. Garnier le questionne et obtient les réponses suivantes :

D. — Qui êtes-vous ? Quel est votre nom ?

R. — Je suis l'assassin de M. Constans ! C'est moi l'assassin de la place Beauveau.

D. — Quand et comment ?

R. — C'était hier au soir, entre huit et neuf heures, au ministère. Je me suis introduit par la porte. J'ai fait passer ma carte par l'huissier de service, en disant que j'avais une affaire très importante à communiquer à M. Constans... qui m'a reçu aussitôt. Quand j'ai été seul avec lui, *j'ai saisi le couteau de boucher dont je m'étais muni et je lui ai coupé la gorge*. Il n'a pas pas poussé un cri... J'ai laissé le couteau dans la plaie et je me suis sauvé... On a couru après moi pendant quelque temps... mais, bien que ceux qui étaient lancés à ma poursuite courussent vite, je courais encore plus vite... Ils ont perdu ma trace... Vers minuit, je me suis rendu aux agents en leur déclarant ce que j'avais fait. J'avais réfléchi, en effet, que je serais toujours repris et qu'il valait mieux en finir tout de suite. On va me faire passer en jugement. C'est la peine de mort, évidemment. J'ai tué un homme, je dois être tué.

D. — Pourquoi avez-vous eu l'idée d'assassiner M. Constans ?

R. — Il y a longtemps. C'est depuis le 1er mai que j'ai eu cette idée-là.

D. — Quel est votre nom ?

R. — Je ne peux pas....

D. — Quel âge avez-vous ? (Il paraît chercher, comme perdu.... se prend la tête dans les mains.)

R. — Je ne sais plus rien.... Je ne me rappelle que le crime de M. Constans ; c'est tout ce qui m'est resté ! (Il a l'air d'un homme qui cherche à se ressaisir, à se reconnaître et, n'y parvenant pas, reste préoccupé, légèrement anxieux.)

D. — Quelle est votre profession ?

R. — (Immédiatement) Boucher, garçon boucher.

D. — Avez-vous travaillé hier ?

R. — ?...

D. — Quel est votre domicile ?

R. — ?...

D. — Où croyez-vous être ici ?

R. — Je sais bien que je suis au Dépôt, puisque je me suis constitué prisonnier. J'attends de passer en jugement.

26 novembre. — Même confusion, même calme. Il est étonné de n'avoir pas été appelé à l'instruction. Il se rappelle tout ce qu'il m'a raconté hier.

Il se rappelle que M. Constans *a eu un râle comme un veau qu'on saigne ;* il en a encore le cri dans l'oreille.

Il a une cicatrice étoilée à la voûte palatine ; il raconte qu'il s'est tiré une balle de revolver, il doit y avoir dix ans.

27 novembre. — Le malade conserve le même aspect, la même attitude, le même air *d'interrogation intime,* il se prend la tête : « Faites de moi ce que vous voudrez, je n'y puis rien. Je n'ai pas intérêt à cacher mon nom, puisque je me suis livré. J'ai accompli un acte de justice sociale et j'ai agi dans l'intime conviction de bien faire, pour faire œuvre

de justicier. J'ai fait acte de justice sociale. Je ne suis pas fou pourtant. Je sens bien que mon intérêt est d'en finir le plus vite possible. Je comprends tout ce qui se dit autour de moi. Je ne dors pas... tellement je suis occupé à la recherche de mon nom.

D. — Où êtes-vous né ?

R. — (Après une longue hésitation) A Rennes.

D. — Que faisait votre père ?

R. — Il est mort noyé... on l'a trouvé noyé, on ne sait pas s'il a voulu se donner la mort.

D. — Comment s'appelait-il ?

R. — C'est ça, pardieu, que je ne sais plus... J'ai encore ma mère... Je sais qu'elle habite les environs de Paris, avec ma sœur et mon beau-frère.

D. — Vous savez que M. Constans n'est pas mort ?

R. — Mais si, si... ça n'est pas possible, si je n'avais pas été acteur dans cette affaire, je pourrais en douter... *Je le vois toujours râlant.* Je ne rêve pas, enfin ! Si on dit qu'il n'est pas mort, c'est qu'on veut cacher la chose... Mon Dieu ! pourvu qu'on ne profite pas de ce que j'ai oublié mon nom pour dire que je suis fou.

D. — Vous ne vous demandez pas si vous n'êtes pas dans un état de rêve, d'illusion ?

R. — Mais non, je sais bien ce que je dis... J'ai tout mon bon sens.

Je lui dis : M. Constans a parlé hier à la Chambre.

R. — On a mis quelqu'un lui ressemblant à sa place ; j'ai été à l'abattoir et *je n'ai jamais vu un veau revenir d'une blessure comme celle-là .. J'ai frappé par côté et non par en avant. Le jet de sang est allé vers le plafond.*

30 novembre. — Le malade est toujours calme, il mange bien ; l'état général est bon, mêmes convictions morbides, même impossibilité de me dire son nom.

Il se rappelle mon nom que je lui avais dit avant-hier. Il *se plaint toujours de la tête* et ne peut se rappeler soit son adresse, soit son quartier.

D. — Vous connaissez Paris ? Vous représentez-vous les rues de Paris ? Votre quartier ?

R. — Je vois une grande place, ça monte ; je vois la place ; il n'y a pas de bassin ; il y a une mairie, sur cette place. Il sait qu'il a un beau-frère qui vient à Paris tous les jours, sauf le mercredi et le samedi. Il ne peut dire le nom de son beau-frère.

Celui-ci, retrouvé par les soins de la Préfecture de police, est confronté avec D... Il nous fournit sur le malade d'intéressants renseignements.

Il résulte de ceux-ci que D... a toujours eu une existence irrégulière et accidentée.

Après s'être montré intelligent élève au lycée de Rennes, où il obtint de brillants succès, il fut admis ensuite au Prytanée militaire de La Flèche, comme neveu d'officier supérieur en retraite, général G...

D... avait beaucoup d'imagination, il écrivait, étant jeune, des pièces de vers, des comédies et des articles de journaux. Il était d'un caractère entier, dominateur, un peu violent, impulsif. Il a pris part, à la veille d'entrer à Saint-Cyr, à une révolte du Prytanée de La Flèche. D'après les dires de son beau-frère, il serait aujourd'hui capitaine, si, à la suite de cet incident, sa carrière militaire n'avait pas été brisée, il y a de cela sept ou huit ans. Son beau-frère le fit s'engager. Il choisit Rennes, sa ville natale, où son père était honorablement connu, et au bout d'un an il était maréchal des logis.

D.... était très audacieux ; voulant monter tous les chevaux difficiles, il reçut plusieurs coups de pied de cheval et fut alors réformé. Après être resté au service pendant deux ans, il quitta le régiment avec les galons de maréchal des logis; il avait toujours eu des notes splendides.

A partir de ce moment, il vint en convalescence dans sa famille. Après y être resté dix-huit mois, il vint à Paris, où son beau-frère lui trouva une place à la Compagnie des Tramways-Nord, comme caissier ; on fut très satisfait de lui dans cette place. Un beau jour, il dit qu'il s'ennuyait et. sans qu'il y ait eu à cet acte le moindre motif saisissable, il emprunte un revolver à un de ses amis et s'en tire un coup dans la bouche.

Transporté à l'hospice de Saint-Denis, il y resta six semaines; la balle ne put être extraite. Il n'a pas perdu connaissance sur le moment, n'a rien senti et tâtait même son palais pour voir si la balle avait bien pénétré.

La *tentative de suicide* remonte environ à cinq ans. Depuis cette époque surtout, son beau-frère l'a toujours trouvé *déséquilibré, exalté,* mais ne l'a jamais connu délirant. Son activité intellectuelle a toujours été grande; *très imaginatif,* D... rêvait de grandes choses et produisait, partout où il passait, l'effet d'un homme très intelligent.

Il ne lui plut pas de continuer sa période d'instruction de vingt-huit jours ; un jour, au cours de cette période d'instruction, il ne rentra pas au quartier.

Au bout de deux ans, il se livra à l'autorité militaire, confessa ce qu'il avait fait et fut condamné, par le Conseil de guerre, à deux mois de prison.

Quelque temps après, ayant rencontré un de ses camarades de régiment qui était marchand boucher, il prit le parti de se faire garçon boucher, à la grande stupéfaction de tous les siens.

C'était à Magny-en-Vexin (Seine-et-Oise). Comme il ne gagnait presque rien. au bout de six mois, il en eut assez et revint à Paris. C'est à ce moment qu'il vint se livrer à l'autorité militaire.

Puis, tout d'un coup, il se fait cocher de maître et se bat avec son maître au sujet de ses gages.

Ensuite, on le vit traîner une voiture chez un moulurier, puis rentrer de nouveau, comme garçon boucher, dans une boucherie hippophagique, où il resta un an.

L'idée de s'établir à son compte lui étant venue, il demanda des avances à son beau-frère et monta un boucherie.

Un matin, les clients trouvent tout fermé, il avait disparu. Son beau-frère ne savait ce qu'il était devenu; on ne releva contre lui, à cette occasion, aucune indélicatesse. D'ailleurs, il se montra toujours parfaitement honnête.

Au bout de six mois, il reparut et dit être resté pendant ce temps dans un musée de peinture. Il entra, à ce propos, dans des explications sur des sujets historiques ; sa conversation, dit son beau-frère, émerveillait son entourage par son érudition.

Il y a quinze jours, il parut chez son beau-frère, tout désorienté et demandant à son parent de lui venir en aide ; puis, il disparut de nouveau et c'est alors que l'on apprit que le fugitif était au Dépôt.

Son beau frère lui demande pour quelle raison il est au Dépôt. D... répond que c'est parce qu'il a tué Constans ; puis il demande des nouvelles du dehors et pleure en constatant qu'il ne se rappelle ni son nom, ni son prénom, ni son domicile, etc. Il demande à son beau-frère de lui dire son nom, et, comme celui-ci le lui rappelle, D... observe : « Oui, c'est bien cela », et il l'écrivit aussitôt par crainte de l'oublier.

Examiné à nouveau par M. Garnier, D... fait les réponses suivantes :

D. — Comment vous appelez-vous ?

R. — (Un moment d'hésitation). D... Auguste.

D. — Quel est votre domicile ?

R. — Il cherche.... se prend la tête.... ne parvient pas à se rappeler...) Il dit seulement : « C'est dans un hôtel ».

D. — Quelle est l'adresse de votre beau-frère ?

R. — Je vois bien... je vois bien... mais je ne peux pas dire.

Il me demande de le faire passer en jugement.

Le 7 décembre, D... paraît un peu ébranlé dans ses convictions délirantes, mais n'abandonne pas encore son roman pathologique. Il se trouve dans *un état d'incertitude mentale,* partagé entre ses anciennes convictions et ses doutes qui l'assaillent.

D... est hésitant, troublé et dans un état de confusion mentale évidente. Il a présenté, la nuit précédente, *un rêve hallucinatoire pénible,* qu'il nous raconte avec précision, et dans lequel il a tué deux bohémiens, dont il a pendu les cadavres dans un placard, etc...

L'amnésie relative aux noms propres persiste toujours. Le nom du boucher de Magny-en-Vexin, son ancien camarade de régiment, ne lui revient pas. Il se rappelle cependant le nom de M. Garnier.

D. — Vous avez un parent qui a un grade élevé ?

R. — Oui ! le frère de ma mère, je ne me souviens pas de son nom.

D. — Le général G...

R. — Ah ! oui, c'est ça !

D. — Vous rappelez-vous le nom de votre ancien colonel de régiment?

R. — Je l'aurais dit il y a dix jours, aujourd'hui je ne sais plus.

Le malade accuse toujours *un violent mal de tête.*

D... a ressenti ces maux de tête sous forme de constriction crânienne, trois ou quatre mois après sa tentative de suicide.

La blessure du palais est à peu près sur la ligne médiane, mais vraisemblablement la direction est de droite à gauche; le chirurgien n'a jamais senti le relief de la balle et a dit que le projectile avait pénétré profondément dans le crâne.

D... paraît moins sombre et moins préoccupé que les premiers jours. Il est plus calme et dort un peu mieux.

Je lui demande le nom de divers ministres. Il me nomme ceux de la guerre et des finances, mais c'est après avoir beaucoup cherché. Il dit le prénom du ministre des travaux publics, parce que, dit il, c'est un prénom breton qu'il a souvent entendu.

L'amnésie, quoique un peu moins complète, existe toujours. C'est ainsi qu'il ne peut répéter le nom de la rue de la Paix qu'il vient de lire sur un journal.

On lui dit : « On n'en parle pas en temps de guerre ? » A quoi il répartit aussitôt : « Rue de la Paix. »

La situation psychopathique de D... s'améliore donc manifestement, mais demeure encore trop mauvaise pour permettre sa mise en liberté. D... est transféré à Sainte-Anne, après deux semaines d'observation à l'Infirmerie spéciale.

La persistance des idées fixes postoniriques, de l'amnésie, d'un état persistant de confusion mentale s'explique par le degré prononcé de déséquilibration cérébrale de D... qui est un type de dégénéré.

Le père de D... était un absinthique, qui *s'est noyé dans un accès mélancolique* La mère est bien portante. Une sœur est très nerveuse. De plus, D... a reçu, du fait de sa tentative de suicide, *un traumatisme cérébral* qui a aggravé la déséquilibration congénitale de ses facultés. C'est un *dégénéré* type Morel-Magnan, doublé d'un *cérébral* type Lasègue. L'*absinthisme* s'est surajouté à ce faisceau étiologique, puis le *surmenage,* etc.

On voit, en somme, dans cette observation, la complexité et la ténacité des effets cliniques, succédant à la multiplicité et à l'importance des moments étiologiques.

OBSERVATION XXX

Autodénonciation imaginaire d'un assassinat par un artério-scléreux âgé, alcoolique, sous l'influence d'un accès temporaire de délire onirique. — Pas de signe physique d'alcoolisme.
Observation au Dépôt. — Pas d'internement. — Guérison. — Mise en liberté.

(DUPRÉ. — Observation personnelle recueillie à l'Infirmerie du Dépôt.)

X..., âgé de soixante-dix ans, agent d'affaires, est envoyé à l'Infirmerie spéciale du Dépôt par le commissaire de police du quartier de l'Élysée, avec un procès-verbal constatant que le malade ***s'est présenté, dans l'après-midi, au poste du Palais de l'Élysée, en déclarant qu'il venait d'assassiner M. B... A...***, propriétaire d'un grand magasin de nouveautés de l'avenue de l'Opéra, avec lequel il était en relation d'affaires, et qu'il ***se constituait prisonnier, prêt à expier son crime.*** X..., l'air terrifié et les yeux égarés, ***demandait instamment de l'eau et du savon pour se laver les mains, rouges encore du sang de la victime,*** et effacer ces traces de l'assassinat; il ajoutait qu'il avait poignardé M. B... A... de deux coups d'un fort couteau qu'il s'était intentionnellement procuré la veille, et dont il était muni en allant trouver sa victime.

Le récit fait au poste du Palais de l'Élysée était très détaillé, très précis et fort vraisemblable. Renseignements pris, M. B... A... n'avait été l'objet ni d'une tentative d'assassinat, ni même d'une visite de la part de X... Le commissaire adressa l'autoaccusateur à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, où nous le vîmes le lendemain de son arrivée.

A ce moment, l'exaltation et l'anxiété de X... s'étaient apaisées, et le malade se présente et répond à nos questions avec le plus grand calme et avec le ton et l'attitude d'un homme coupable d'un grand crime, conscient de sa responsabilité et prêt à en accepter toutes les conséquences. Depuis son arrivée au Dépôt jusqu'à la visite du lendemain, il s'était promené de long en large dans sa cellule, poussant de grands soupirs, se parlant à lui-même d'une voix sourde, indistincte; et, la nuit, le sommeil avait été agité, sans hallucinations ni terreurs cependant. Plusieurs fois dans la journée et le lendemain matin, X... avait demandé instamment de l'eau et du savon ***pour se laver les mains et effacer les taches de sang persistantes,*** dont la vue lui était des plus pénibles.

A la visite, X... fait un récit aussi détaillé, aussi précis que possible, des circonstances du crime. Parti de chez lui vers une heure, il s'était rendu rue Saint-Roch, au coin de la rue d'Argenteuil, et là, muni d'un fort couteau, acheté dans ce dessein, il était entré dans les magasins de M. B... A... par une porte de derrière et, montant un escalier connu de lui, familier de la maison, il s'était directement rendu au cabinet de M. B... A .., à une heure où il savait devoir le trouver seul. Ensuite, description détaillée de la scène du crime, *du sang qui jaillit de l'affreuse blessure*, de la fuite rapide et discrète de l'assassin, qui se débarrasse de son arme dans la rue, erre un moment dans le quartier et prend la décision de s'aller constituer prisonnier au Palais de l'Élysée. Récit de l'autodénonciation, du transfert au Dépôt, etc.

Questionné sur les motifs d'un tel acte, X... répond qu'il en voulait depuis longtemps à M. B... A..., qui s'était montré vis-à-vis de lui peu confiant et qui s'était éloigné de lui, après lui avoir cependant témoigné auparavant une grande confiance en affaires. X... reconnaît que son acte de vengeance est hors de toute proportion avec les minces griefs énoncés contre sa malheureuse victime; il se lamente, sans cependant verser de larmes; se proclame un misérable *et réclame son jugement en Cour d'assises,* où il compte, non pas sur l'acquittement, mais sur une certaine indulgence de la part du jury et du tribunal, à cause de son passé, tout de travail et d'honneur, et du caractère en quelque sorte passionnel et morbide de son affreuse action. Il subira le châtiment mérité avec courage, et déplore seulement de terminer si misérablement une carrière sans défaillance et sans tache.

Lorsque M. Garnier, dans un entretien plein de bienveillance affectueuse et de logique pressante, essaie d'émettre quelques doutes sur la vérité des faits et d'éclairer X... sur son erreur, celui-ci proteste avec véhémence, allègue l'irrécusable preuve des faits vus, accomplis et vécus par lui, durant cette heure de préméditation, de préparation et d'exécution de l'assassinat; il s'écrie : « Comment voulez-vous, si vous doutez de mon récit, que moi je doute de la réalité des faits, de mon entrée dans le cabinet de M. B... A..., de *mon coup de couteau dans sa poitrine, de la chute de la victime, morte sur le coup, sans même pousser un cri,* comment voulez-vous *que je doute du sang qui a jailli de la blessure sur mes mains, qui en sont encore rougies?* Et, ce disant, X... se frotte les mains avec un rictus d'horreur et des gestes de dégoût d'une dramatique sincérité. Il en appelle ensuite aux résultats de l'enquête judiciaire et s'étonne, se fâche même, lorsqu'on lui affirme que cette enquête n'a rien révélé.

La femme de X..., convoquée à l'Infirmerie spéciale, est une petite bourgeoise d'une soixantaine d'années, de mise modeste et de maintien discret, qui reste confondue d'étonnement devant la disparition de son mari du foyer conjugal, où tous deux, très anciens époux, vécurent depuis longtemps, dans la meilleure intelligence, l'existence la plus calme et la plus rangée. Confrontée avec son mari, la pauvre femme, en enten-

dant répéter par lui le récit de son crime et l'affirmation de son repentir, est émue par la sincérité du ton et des propos de l'autoaccusateur ; c'est en vain qu'elle proteste, qu'elle lui affirme qu'il n'a assassiné personne... lui ne veut rien entendre, se borne à lui demander pardon de tant de honte jetée sur elle, par le procès qui va s'ouvrir, etc...

Nous apprenons par Mme X... que le malade est un honnête agent d'affaires, très rangé, très sérieux, entouré de l'estime de tous et n'ayant jamais donné le moindre signe de dérangement cérébral. Il boit *un litre et demi de vin environ par jour*, et, dans son café, après *chaque repas, un à deux petits verres de rhum*. Pas ou peu d'apéritifs, jamais d'ivresse. Assez bonne santé, d'ailleurs, sans antécédents nerveux notables, personnels ou héréditaires (?)

Il aurait eu, récemment, des démêlés d'affaires avec M. B... A... et, à ce sujet, quelques inquiétudes; sans cependant que ces *préoccupations* aient paru, à Mme X..., retentir aucunement sur le sommeil et le caractère, d'ailleurs peu communicatif, de son mari.

L'examen physique ne décèle *aucun signe somatique d'alcoolisme.* L'appétit est moyen, le sommeil un peu agité, en temps ordinaire ; pas de pituites matinales, ni de cauchemars caractéristiques. X... a soixante dix ans et présente tous les signes d'une *artério-sclérose prononcée :* artères dures, sinueuses, hypertension vasculaire. Cœur gauche un peu gros, sans véritable bruit de galop ; traces légères d'albumine dans l'urine, qui semble claire et un peu trop abondante, au dire de sa femme ; pollakiurie nocturne. Léger arc sénile de la cornée ; maigreur, sécheresse de la peau.

Comptant sur la disparition rapide du délire d'autoaccusation, M. Garnier garda X... en observation. Le lendemain, trois jours après l'autodénonciation, *la conviction de X... reste absolument la même,* avec un peu moins de netteté dans la description des faits, dans la représentation mentale du rêve hallucinatoire.

Le quatrième jour, M. Garnier met en présence de X... sa prétendue victime, M. B... A..., qu'il a convoqué à l'Infirmerie. La scène est alors du plus saisissant effet dramatique. X..., à l'aspect de M. B... A..., sursaute de sa chaise, recule terrifié et s'écrie : « Ah ! mais les morts reviennent donc ici !!... Vous n'êtes pas celui que j'ai tué, que j'ai vu tomber sous mon couteau !... C'est impossible ! » Enfin, sur les instantes prières de tout l'entourage, de la victime elle-même, X... se sent ébranlé dans ses convictions ; il se prend la tête dans les mains, pousse des soupirs, des exclamations, etc... et, progressivement, convient qu'il est peut-être victime d'un mauvais rêve : *la lutte se poursuit ainsi encore durant deux jours, entre les éléments hallucinatoires de la conviction délirante et les faits objectifs de la réalité évidente,* et X..., après six jours de délire onirique, *se ressaisit complètement* et peut être, *sans internement,* rendu à sa femme et à la liberté.

J'ai rencontré le malade trois ans après cet épisode, avec toutes les apparences d'une bonne santé cérébrale.

OBSERVATION XXXI

Autodénonciation délirante, récidivante: la première fois, de l'explosion criminelle anarchiste du restaurant Véry; la seconde fois (six mois après), de l'assassinat d'un commissaire de police; par un déséquilibré alcoolique, sous l'influence d'accès temporaires d'ivresse psychique. Pas d'internement. — Guérison. — Mise en liberté.

(P. GARNIER. — Notes inédites.)

Il s'agit d'un alcoolique de quarante-trois ans, nommé G..., qui fut amené à l'Infirmerie spéciale, le 3 mai 1892, après avoir été se *dénoncer au commissaire de police* du passage du Désir, comme l'auteur de l'explosion anarchiste du restaurant Véry, boulevard Magenta. Cette *autodénonciation verbale* avait été précédée d'une *autodénonciation écrite,* sous forme de lettre publique au journal l'*Intransigeant,* et G... avait écrit cette lettre sous l'influence d'un accès d'ivresse délirante, consécutif à l'ingestion de multiples absinthes, le jour et le lendemain de l'explosion du restaurant Véry. Surexcité par les conversations entendues dans les cafés du voisinage du lieu de l'attentat, G... *avait écrit sa lettre dénonciatrice;* et, le lendemain, *en lisant* dans l'*Intransigeant ce document émané de son délire* de la veille, il avait tout d'abord été fort étonné, ne se rappelant pas son acte, l'envoi de sa lettre, etc. Sous l'influence de nombreuses absinthes, prises le matin à jeun, G... avait été rapidement amené, à la suite de la lecture de sa lettre, à la *conviction qu'il était réellement l'auteur de l'attentat, qu'il avait posé la bombe,* etc. Il s'était alors enfui, dans un raptus anxieux panophobique, se croyant poursuivi, dans les rues, par le public... Affolé, il s'était ensuite dénoncé au commissaire, dans les conditions ci-dessus précisées.

A l'Infirmerie spéciale, il reprit, en quelques heures, conscience de son état, et M. Garnier rédigea le certificat suivant :

Paris, 3 mai 1892.

G... (Gabriel-Jules-Marie), quarante-trois ans.

Ivresse délirante sur un fond de prédisposition héréditaire. Édification d'un roman pathologique avec singulière précision des détails.

S'était signalé, dans son délire, comme l'auteur de l'explosion du boulevard Magenta, il racontait comment il avait poussé la bombe avec un bâton, sous le comptoir du restaurateur Véry, etc., etc.

Après quelques heures il a repris conscience de la réalité et a renoncé à se présenter comme l'auteur de cet attentat.

Depuis deux jours son état de calme ne s'est pas démenti. J'estime qu'il peut être mis en liberté.

Six mois après, G... revient à l'Infirmerie, après s'être *encore dénoncé comme l'auteur d'un crime nouveau*; se représentant le commissaire de police, M. Brissaud, comme l'amant de sa femme, il l'avait abattu d'un coup de revolver.

En quelques henres, G... revenait à lui et renonçait à son autoaccusation. M. Garnier rédigeait, à son sujet, le certificat suivant :

Paris, 11 novembre 1892.

G... (Gabriel), quarante-quatre ans.

Ivresse délirante sur un fond de prédisposition héréditaire et, comme précédemment, édification d'un roman pathologique. Il s'était porté, déclarait-il, à tel endroit et, du point où il s'était embusqué, il avait tiré un coup de revolver sur M. Brissaud, commissaire de police, qu'il représentait comme l'amant de sa femme.

Aujourd'hui son cerveau n'est plus le jouet des illusions qui l'ont occupé pendant trois jours.

G... est redevenu calme, lucide jusqu'au prochain accès.

Il n'y a pas lieu de demander son envoi dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION XXXII

Autodénonciation délirante d'un assassinat commis sur un homme politique, par un déséquilibré, sous l'influence d'une crise onirique aiguë (alcoolisme, surmenage ?). Internement. — Guérison rapide.

(BALL. — *Les rêves prolongés,* Paris, 1885.)

OBSERVATION XXXIII

Autodénonciation délirante de l'assassinat de sa mère, par une alcoolique surmenée, au retour d'une fugue de plusieurs jours, sous l'influence d'un accès onirique d'origine toxique (alcoolisme et surmenage).
Observation au Dépôt. — Enquête. — Internement.

(P. GARNIER. — Notes inédites.)

A... T..., femme D..., trente-quatre ans, née à Lisle (Loir-et-Cher), arrivée à Paris en 1880. Elle est restée cinq ans avec son mari, avant de se marier. Pas d'antécédents héréditaires.

Son mari raconte que sa femme a eu *deux attaques de nerfs* pendant lesquelles elle s'est débattue. Depuis trois mois, dit-il, je remarquais que *ma femme rentrait souvent comme ivre*. Son caractère a changé complètement; elle est devenue *brutale,* cherchait des raisons à tout le monde et quittait souvent ses enfants, qu'elle aimait cependant beaucoup. Je crois qu'*elle buvait un peu.* Un jour, en rentrant, j'ai trouvé ma femme étendue sur le lit, ne pouvant pas parler ni bouger sa jambe droite; cela a duré trois jours. Il y a deux mois, elle a eu la tête couverte de croûtes, et on a été obligé de lui couper les cheveux. Il y a huit jours, *elle m'a quitté sans que je sache pourquoi et sans rien me dire :* elle est revenue le 10 février, de grand matin, et s'est cachée derrière la porte sans oser rentrer. C'est une voisine qui l'y a découverte et m'a réveillé. J'ai trouvé *ma femme en larmes et toute épuisée de fatigue, les yeux hagards,* et c'est là où elle m'a dit qu'*elle venait de tuer sa mère et de la jeter à la Seine, et me prier de la conduire chez le commissaire.*

A la visite, la malade raconte l'histoire suivante : « J'ai quitté mon mari il y a sept jours et je suis partie à pied pour Lisle, dans l'intention de tuer ma mère. Je n'avais qu'une trentaine de sous dans ma poche et je les ai dépensés pour me nourrir ; je couchais dans les granges. Je suis arrivée à Lisle, le mardi à neuf heures et demie du soir, exprès pour que personne ne m'aperçoive dans l'état de fatigue où je me trouvais. Je suis restée chez ma mère jusqu'à jeudi soir. Elle m'a reproché d'avoir quitté mon mari et mes enfants. Ces reproches étaient justes, quoique mon mari ne soit pas trop bon pour moi; il me bat tous les jours et ne me donne pas de quoi vivre. Ma mère a consenti à venir avec moi à Paris afin de me concilier avec mon mari. Nous avons pris le train à neuf heures du soir, jeudi, à la station de Pezon ; à Châteaudun, nous avons at-

tendu le train de dix heures et demie, et nous sommes arrivées à Paris, gare d'Orléans, à trois heures du matin, vendredi. Nous avons longé les quais pour rentrer chez moi, rue de Venise. Arrivées près de la Morgue, ma mère fut prise d'un petit besoin ; je l'ai accompagnée sur la berge ; là, elle s'est accroupie, et c'est *alors que je lui ai coupé la gorge avec un couteau de table à bout rond,* que j'avais dans ma poche, et *je l'ai aussitôt jetée dans la Seine.* J'ai tiré sur son tablier dont le cordon a cassé (la malade montre un tablier bleu, dont un des cordons manque). Il n'y avait personne autour de nous et personne ne m'a vue. Aussitôt j'ai eu des remords de ce que je venais de faire et un frisson me prit ; je revins dans la maison de mon mari ; n'osant frapper à la porte, je suis restée blottie dans le couloir jusqu'à ce qu'une voisine m'ait aperçue. J'ai tout raconté à mon mari, qui m'a menée chez le commissaire. »

La malade est profondément désolée et pleure à chaudes larmes. La nuit du 10 au 11, elle a été assez calme. Le 11 février au matin, elle répète son histoire avec tous les détails et dans les mêmes termes. Le mari convoqué dit que sa femme l'a quitté il y a huit jours et qu'il ne sait pas où elle est allée. Il lui a acheté une paire de sabots tout neufs, qui sont tout usés ; *elle doit avoir beaucoup marché.* Il dit avoir écrit à Lisle, mais il n'a pas encore de réponse.

Le 12 février au soir, la malade s'est un peu agitée dans sa cellule. Elle voyait des éclairs et des figures qui lui ont fait peur *(crises d'hallucinations).*

Le mari ne revenant pas, on a envoyé une dépêche à Lisle. Le lendemain matin on a reçu la réponse suivante : « Femme D... arrivée à Lisle le 8 février, à neuf heures du soir; repartie seule le lendemain pour Paris par le train de huit heures du soir. Veuve T..., sa mère, n'a pas quitté Lisle. » On montre cette réponse à la malade. Cette dernière hésite d'abord, puis elle se met à pleurer et dit en sanglotant : « Tant mieux si elle vit ! »

D. — Vous rappelez-vous être retournée seule de Lisle ?

R. — Non, je ne me rappelle pas, je crois que ma mère est montée avec moi.

D. — Vous expliquez-vous la raison pour laquelle vous avez quitté votre mari et êtes allée à pied à Lisle ?

R. — *Je ne sais pas, je ne me rappelle pas; j'aurai perdu la tête*; *il m'est passé quelque chose dans la tête qui n'est pas naturel.*

D. — Votre allaitement (enfant qu'elle a nourri au sein pendant cinq mois) vous a-t-il beaucoup fatiguée?

R. — Oui, monsieur.

La malade pleure quand on lui parle de son mari et de ses enfants et elle ajoute : « Si vous n'aviez ce papier (dépêche) à me montrer, *je croirais toujours que j'ai commis ce crime ; je ne comprends rien à tout cela.»*

Le 17 février, on la transfère à Sainte-Anne.

L'observation s'arrête à ce moment.

OBSERVATION XXXIV

Autodénonciation délirante de l'assassinat d'une femme galante par un déséquilibré, sous l'influence probable d'une ivresse psychique d'origine alcoolique.

(Cullerre. — Rapport de la Rochelle, 1893.)

OBSERVATION XXXV

Autodénonciation délirante d'un assassinat par un déséquilibré, sous l'influence d'un accès onirique d'origine probablement alcoolique.

(F. Pactet et H. Colin. — *Les aliénés devant la Justice,* Bibliothèque Léauté, Paris, 1902, p. 54.)

OBSERVATION XXXVI

Autodénonciation délirante de l'assassinat d'une fiancée par un déséquilibré, sous l'influence probable d'un accès onirique ; état mélancolique concomitant (?).

Enquête. — Pas d'examen médico-légal. — Non-lieu.

(Oudard. — Thèse de Bordeaux, 1900.)

De la lecture de ces nombreuses observations ressortent quelques notions générales, relatives au déterminisme étiologique et à l'évolution clinique ordinaires du délire d'autoaccusation alcoolique.

Il s'agit presque toujours, en résumé, d'un *homme* généralement adulte, *alcoolique* d'ancienne date, qui, en proie à une *émotion*, une préoccupation, une inquiétude récente ou encore souffrant de *surmenage* ou d'*inanition*, se livre occasionnellement à de *copieuses libations*, presque toujours *absinthiques*. Puis, brusquement, éclate un *ictus psychopathique*, de nature *délirante* et de forme *onirique*, qui se traduit par un état de *rêve hallucinatoire* aux couleurs tragiques, où le malade s'improvise *le héros d'un drame sanglant* et devient l'assassin de sa fille, de sa sœur, de sa fiancée, de son patron ou bien d'une femme galante en vue, d'un homme politique. La victime, qui appartient soit à *l'entourage immédiat* de l'assassin imaginaire, soit au monde de *l'actualité*, tombe presque toujours sous les coups d'un *poignard*, d'un *couteau de boucher*, d'un *rasoir*, parfois d'un *revolver :* c'est un *crime de sang*, une *tuerie* tragique et rouge, qui s'accomplit rapidement. La victime tombe égorgée dans un râle unique, ou même sans pousser un cri ; et cette scène sauvage, dont le *décor visuel* est si net dans la représentation mentale du malade, se juge *sans bruit*, dans le grand silence des rêves toxiques. Assez souvent, le récit de la scène criminelle s'enrichit de *détails macabres*, cachette ou pendaison de cadavres, etc. Après, c'est la *fuite* souvent éperdue, le *remords* et l'*autodénonciation aux autorités ;* assez souvent, dans les commissariats et jusqu'à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, les jours suivants, le criminel, hanté, comme Macbeth, par la vision terrifiante sur ses mains *du sang de sa victime*, se lave incessamment pour faire disparaître l'affreuse souillure, la tache rouge qui persiste.

Souvent l'autoaccusateur, honteux de son crime, *refuse de faire connaître son identité*, pour épargner aux siens le déshonneur. Dans d'autres cas, il a perdu la notion de son identité civile et offre alors, joint au syndrome de l'autoaccusation délirante, celui d'une *amnésie élective des éléments de la personnalité*. Cette amnésie, qui survient brusquement, en ictus, s'observe souvent au Dépôt, dans des conditions étiologiques variées, et M. Garnier attire depuis longtemps l'attention de ses auditeurs sur ces curieux *ictus amnésiques temporaires de la personnalité*.

Les jours suivants, la conscience se ressaisit peu à peu : l'hébétude, la confusion mentale, l'anxiété, l'amnésie diminuent. Le doute entame la conviction délirante, le sombre drame commence à s'éclaircir et, assez rapidement, le malade, revenu de son erreur, en témoigne sa *surprise* et parfois sa *honte*.

Dans cette curieuse forme d'ivresse délirante autoaccusatrice se retrouvent *les grands caractères des délires toxiques :* grande richesse des hallucinations visuelles, rareté des hallucinations auditives ; prédominance des visions rouges, des scènes mouvementées et terrifiantes ; drames sanglants, égorgements ; emprunt des éléments du rêve au milieu familial et au monde de l'actualité, attribution personnelle des crimes retentissants, assassinats d'hommes politiques détestés, meurtres de parents antipathiques, etc.

Les *signes physiques des psychoses toxiques* ne font pas défaut : céphalée, irrégularités respiratoires ou circulatoires ; troubles sécrétoires, somnolence ou insomnie, etc.

Dans une seconde série d'observations, les malades édifient un rêve morbide moins tragique, où le sang ne jaillit plus de gorges ouvertes, mais où l'on retrouve encore les caractères de complication fantastique, d'animation mouvementée et précise du délire onirique alcoolique. Le roman pathologique n'a plus ce *cachet macabre* des drames précédents, mais il conserve le caractère pénible des cauchemars toxiques : au lieu de meurtres et d'assassinats, il y est question de *vols et de complots.* L'autoaccusation porte alors non plus sur des crimes, mais sur des délits.

Voici quelques observations de cette variété d'autoaccusateurs alcooliques :

OBSERVATION XXXVII

Autodénonciation délirante d'un vol par une alcoolique, sous l'influence probable d'une idée fixe postonirique. Enquête. — Non-lieu.

(Lasègue. — Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme, *Études médicales*, t. II.)

OBSERVATION XXXVIII

Autodénonciation délirante de participation à un complot politique par un déséquilibré alcoolique, sous l'influence d'un accès temporaire d'irresse psychique. — Examen médico-légal.

(LASÈGUE. — Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme. *Études médicales*, t. II.)

OBSERVATION XXXIX

Homicide impulsif chez un déséquilibré, alcoolique, dans la convalescence d'une pneumonie grave. — Accumulation volontaire des charges les plus aggravantes, et d'ailleurs les plus fausses, au cours de l'instruction judiciaire. — Enquête.

(BAUME. — Quelques matériaux apportés à la médecine légale des aliénés. *Annales méd. psych.*, 1881, t. II.)

OBSERVATION XL

Autoaccusation fausse d'un ivrogne, vraisemblablement dans un état d'inconscience. — Condamnation. — Révision du procès.

PELMAN. — Friedreichs Bl. für gerichtl. Méd., 1885, 3-4. — Cité par v. KRAFFT-EBING, *Médecine légale des Aliénés.* Observation CLXXIV, p. 528.)

Le 1er janvier 1878, F... avait donné, sur un meurtre qui avait eu lieu le 11 novembre 1877, des indications très précises et très graves pour lui.

Il les contredit le 3 janvier; mais n'en fut pas moins condamné, le 8 août 1878, à quinze ans de prison. Peu après, un nommé G... avoue publiquement avoir seul commis l'acte incriminé. *F. obtint, en 1882, la revision de son procès.* On étudia la valeur de son aveu de janvier 1878, au point de vue psychiatrique. F..., un ivrogne, était, *au moment de l'aveu, dans un état mental anormal, dû à l'excès de la boisson.* Il avait fait ses aveux au premier venu, *s'était endormi* une fois arrêté et n'avait, une fois éveillé, *conservé aucun souvenir de cet aveu* et protesté fortement contre sa participation au crime. Le rapport indique que l'aveu était très probablement *le produit d'une imagination malade* dans un état mental de non liberté, provoqué par l'*ivresse.* Mise en liberté.

B. — L'autoaccusation chez les fébricitants (typhiques)

Après les psychoses alcooliques, ce sont les psychoses toxi-infectieuses aiguës qui fournissent le plus grand nombre d'exemples d'autoaccusation d'origine toxique. Bien que, d'après les conditions mêmes dans lesquelles éclosent alors les idées délirantes, on puisse croire que les idées d'autoaccusation, chez cette catégorie de malades, ne comportent jamais de conséquences judiciaires et restent toujours étrangères au domaine de la médecine légale, l'expérience montre que cette prévision n'est pas toujours fondée ; car il existe des exemples d'autodénonciations délirantes commises par des typhiques, soit pendant la période d'invasion, soit même pendant la période d'état de leur pyrexie, qui ont entraîné des enquêtes et des expertises médico-légales (observation XLIII).

Pour être beaucoup plus rares que les autres, ces *délires d'hôpital*, comme les appelle E. Régis [1], méritent, au point de vue médico-

[1] E. Régis. — Le délire onirique des intoxications et des infections (*Acad. de Méd.*, 7 mai 1901) et Congrès de Limoges, août 1901.

légal, d'être aussi bien connus que les délires d'asile. Les malades d'hôpital ne sont pas, en effet, comme ceux des asiles, protégés par leur situation même contre l'action judiciaire et l'intervention répressive des tribunaux. Aussi est-ce un devoir, pour le médecin d'hôpital, de ne pas ignorer la possibilité de ces autoaccusations pathologiques et la non validité judiciaire de ces témoignages de malades délirants.

Je ne connais d'observations de délire d'autoaccusation de nature infectieuse que dans la *fièvre typhoïde*. Comme le délire typhique n'a en lui-même rien de spécifique, la raison de ce fait statistique doit être cherchée dans la durée relativement longue de la fièvre typhoïde, qui permet une observation plus répétée des idées délirantes; dans la fréquence et la variété des formes du délire chez les typhiques; peut-être aussi, au moins dans certains cas, dans l'emploi thérapeutique souvent immodéré de l'alcool, au cours des formes graves de la maladie.

Voici quelques observations de *typhiques autoaccusateurs médico-légaux*.

OBSERVATION XLI

Autodénonciation délirante de l'assassinat de sa femme par un typhique au début de sa maladie, dans un accès d'onirisme toxi-infectieux.

Enquête. — Envoi à l'hôpital du malade, comme aliéné. — Évolution de la fièvre typhoïde.

(M. Raynaud. — Formes de délire de la fièvre typhoïde. *Gazette hebdom.*, 1877.)

OBSERVATION XLII

Autoaccusations délirantes de vols par une typhique, sous l'influence de l'onirisme toxi-infectieux, à caractère mélancolique.

(H. BERNARD, interne de M. G. BALLET. — Observation communiquée à Desvaulx. Thèse de Paris, 1899, sur le Délire dans les maladies aiguës, et résumée, dans sa thèse, par Oudard.)

OBSERVATION XLIII

Autoaccusation délirante d'un vol, sous l'influence de l'onirisme toxi-infectieux, par un typhique fébricitant, auparavant accusé injustement de ce délit. — Reprise de l'enquête judiciaire à la suite de ces aveux. — Examen médico-légal. — Non-lieu. — Innocence du prévenu, reconnue un an après la maladie.

(LEGRAND DU SAULLE. — *Traité de médecine légale. Obs. personnelle,* p. 751.)

Un clerc de notaire, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution chétive, mais d'une santé habituelle cependant bonne, *fut accusé* d'avoir soustrait à son patron une somme de 1,700 francs en billets de banque.

Ce jeune homme protesta de son *innocence,* et, malgré l'impunité qui lui avait été promise, il ne voulut jamais s'avouer l'auteur du vol.

Une *plainte* fut néanmoins portée contre lui : son *arrestation* s'ensuivit.

Pendant l'instruction, il tomba malade. Atteint d'*une fièvre typhoïde grave* et en proie, pendant deux ou trois jours, à un *violent délire,* Charles B... s'écria à plusieurs reprises : *Voleur... J'ai volé... billets de banque... 1,700 francs... en prison... la guillotine... déshonoré...*

il me faut un pistolet!... Au voleur!... Je suis un voleur!... arrêtez-moi. Bien qu'échappées à une déraison patente pour tout le monde, *ces paroles accusatrices furent recueillies et elles vinrent grossir le dossier du prévenu.* Entouré des soins éclairés et dévoués du médecin de la prison, Charles B..., après plusieurs semaines de souffrances, se rétablit complètement et ne garda en aucune façon le souvenir des propos qu'il avait pu tenir et des *révélations incomplètes* qu'il avait pu faire.

Lorsqu'il fut tout à fait revenu à ses habitudes physiologiques, *il fut interrogé de nouveau par le magistrat instructeur* et repoussa avec indignation l'accusation qui pesait sur lui. On lui annonça alors que, pendant son exaltation fébrile, *il avait prononcé des paroles compromettantes et on l'engagea à entrer définitivement dans la voie des aveux.* Aucune exhortation ne put le fléchir.

Éprouvant un assez grand embarras, le juge d'instruction posa alors au médecin de la prison la question de savoir si, *dans un cas de fièvre typhoïde avec délire, les paroles d'un malade pouvaient être de quelque valeur.*

Notre confrère, ne voulant pas assumer sur lui seul une aussi lourde responsabilité, demanda quelques jours pour réfléchir, et c'est alors qu'il me demanda un avis.

Je répondis ce qui suit :

« Il n'est pas très rare que des malades éprouvent des désordres intellectuels en rapport, jusqu'à un certain point, avec les scrupules, les préoccupations, les craintes et même les remords qui agitaient violemment leur esprit avant l'invasion du délire ; mais, de même que l'on voit de malheureux aliénés, et notamment des mélancoliques, faire des aveux aussi accablants que mensongers, et s'accuser de crimes purement imaginaires, de même il peut arriver *qu'une profonde émotion, causée par le concours de circonstances graves, se reflète, en quelque sorte, dans le délire qui survient pendant le cours d'une fièvre typhoïde.*

L'exercice régulier de la pensée étant fâcheusement entravé, il ne me paraît point admissible que l'on puisse interpréter, pour ou contre l'accusé, des paroles, des gestes ou des actes émanant d'un cerveau si fortement compromis. Les paroles de Charles B... peuvent tout au plus être acceptées à titre de simples renseignements. »

Cette manière de voir trouva grâce auprès du magistrat. L'instruction s'acheva lentement, et nous avons appris qu'en l'absence de preuves suffisantes établissant la culpabilité du prévenu, le jeune clerc de notaire avait été *remis en liberté. Un an après, son innocence fut reconnue.*

OBSERVATION XLIV

Autoaccusation délirante d'infanticide, sous l'influence de l'onirisme toxi-infectieux, par une typhique. — Idées délirantes mélancoliques multiples, au cours de la maladie. — Guérison.

(E. Barié. — *Union médicale*, 1877.)

OBSERVATION XLV

Autoaccusation délirante d'adultère, avec idées mélancoliques, par une typhique. — Hallucinations et agitation extrême. — Mort. — Autopsie confirmative du diagnostic.

(M. Reynaud. — *Gaz. hebd.*, 1877.)

C. — L'autoaccusation dans divers états oniriques

Le syndrome du délire d'autoaccusation d'origine onirique peut s'observer, en dehors de l'alcoolisme et des maladies infectieuses aiguës, dans d'autres états pathologiques, dont les symptômes généraux relèvent de l'intoxication de l'organisme : comme les états d'*inanition*, de *misère physiologique*, de *surmenage*, de *convalescence*, etc. Chez les prédisposés, ces moments étiologiques, de

même que *les étapes critiques de la vie génitale* chez la femme, que l'*insolation*, le *traumatisme crânien*, etc., représentent autant de causes occasionnelles d'accidents psychopathiques, de nature délirante, dont la physionomie, les allures, l'évolution et les accompagnements somatiques trahissent souvent la nature toxique (Régis). Parmi ces accidents figure le *délire onirique d'autoaccusation*. Je cite ici quelques observations de cette variété d'autoaccusation, pour montrer le mécanisme onirique du délire.

OBSERVATION XLVI

Autoaccusations délirantes de révolte à bord et d'assassinat de leur capitaine, commises par des marins absolument étrangers à cette affaire, sous l'influence d'onirisme toxique, consécutif à la nostalgie, au surmenage, à l'inanition, etc. — Enquête. — Non-lieu.

(KIERNAN. — Évidence of insanity in criminal cases. *Alienist and Neurologist,* janvier et février 1895.)

OBSERVATION XLVII

Autoaccusation imaginaire, récidivante, sous forme d'idée fixe postonirique, de querelle et de gros dégâts matériels commis par maladresse; à la suite d'un rêve, chez un garçon de magasin.

(FAURE. — Rêves morbides. *Arch. de médecine,* 1876, p. 555.)

OBSERVATION XLVIII

Autoaccusation imaginaire, récidivante, sous forme d'idée fixe postonirique, de violences commises au cours d'une querelle, de duel consécutif, etc., à la suite d'un rêve.

(FAURE. — Rêves morbides. *Archives de médecine*, 1876.)

OBSERVATION XLIX

Autoaccusation imaginaire d'adultère, sous forme d'idée postonirique, par une dame souffrant de troubles menstruels.

(W.-A. HAMMOND. — *The medico-legal value of confession as an evidence of guilt by*, 1871.)

IV

L'AUTOACCUSATION DANS LES ÉTATS DÉMENTIELS

Au cours des états d'affaiblissement démentiel, d'origine paralytique, organique ou sénile, peuvent apparaître des idées d'autoaccusation : celles-ci portent alors, dans leurs caractères intrinsèques et évolutifs, la marque de l'état fondamental de démence sur lequel elles reposent.

En général *mobiles, diffuses, incohérentes, absurdes et contradictoires*, elles peuvent parfois, notamment au début de la paralysie générale, revêtir une tenue meilleure et une *apparence plus systématique.*

Dans la *paralysie générale,* les idées d'autoaccusation peuvent apparaître au cours d'un état mélancolique anxieux symptomatique: Séglas en a rapporté, dans ses leçons[1], un intéressant exemple; elles peuvent encore être émises, au milieu d'autres idées délirantes, sans suite ni liaison logiques, comme sans retentissement émotionnel (observation L).

Dans la *démence organique,* les idées d'autoaccusation s'observent au cours des *états dépressifs et mélancoliques,* secondaires, chez les gens âgés, aux lésions circonscrites de l'encéphale. Dans la *démence sénile,* les idées d'autoaccusation assez fréquentes s'associent, sur le fond mélancolique qui les engendre, aux idées de ruine, de

[1] J. Séglas. — *Leçons de la Salpêtrière,* p. 364.

damnation, de persécution et d'hypochondrie : elles peuvent alterner avec les idées de satisfaction et les autres manifestations de la nécrobiose corticale : amnésies, aphasies, vertiges, ictus paralytiques, désordre des actes, fugues, sensiblerie, etc.

Les idées d'autoaccusation semblent très rares dans la *démence précoce*. L'apathie, l'anesthésie affective et morale, l'indifférence émotive des déments précoces, sur lesquels insistent à juste titre Sérieux [1] et Masselon [2], ne se prêtent guère à la genèse et à la culture du délire d'autoaccusation.

OBSERVATION L

(Résumée)

Autoaccusation démentielle d'un grand crime, impossible à préciser, par un paralytique général confus et agité. — Internement.

(Dupré. — Observation recueillie au Dépôt, dans le service de M. Garnier.)

M..., quarante-trois ans, comptable, entre à l'Infirmerie spéciale le 10 juin 1902, envoyé par un commissaire de police à qui il est venu se dénoncer comme l'*auteur d'un grand crime commis sur un médecin.*

A l'examen, on constate la série des signes somatiques suivants : signes d'A. Robertson, de Westphall, de Romberg. Dysarthrie ataxospasmodique, trémulation labiolinguale, mouvements de trombone ; tremblement digital, affaiblissement diffus de la motricité (15 au dynamomètre des deux côtés). Troubles de l'écriture, etc.

L'examen psychique décèle *un état démentiel prononcé,* mais non global ; le malade est encore capable d'un certain à-propos dans les reparties, d'une certaine pertinence dans les réponses ; l'amnésie est lacunière, inégale ; certains souvenirs persistent. Le malade témoigne d'une demi-conscience de sa situation morbide ; fournit des renseignements assez précis sur ses antécédents, etc.

[1] Sérieux. — La démence précoce. *Revue de psychiatrie.* Juin 1902.

[2] Masselon. — *Psychologie des déments précoces.* Thèse Paris, 1902.

Syphilis à vingt-un ans. Excès alcooliques ; vie irrégulière. Depuis trois ans, affaiblissement de la mémoire et du jugement ; changement de caractère. Frigidité génitale. Depuis six mois, maux de tête, et, par crises, perte de mémoire, confusion dans les idées, égarement, anxiété, craintes de mourir; dans ces crises, *le malade déclare qu'il a commis un grand crime contre un médecin,* qu'on va l'arrêter et qu'il sera emprisonné.

A son arrivée au Dépôt, M... formule son autoaccusation dans les termes suivants :

« *J'ai commis un grand crime, un crime sauvage, abominable,* que je ne cherche pas à excuser. Je n'avais qu'à me louer du Dr P..., et je lui ai causé un préjudice considérable... *Je subirai le châtiment que je mérite.* »

A toutes les questions posées à M..., pour lui faire préciser la nature de son crime, le malade répond :

« Je n'ai pas versé le sang... j'ai fait peut-être pis !... J'ai *attenté à la réputation* du Dr P... Je comprends tout le tort que je lui ai causé... *Je passerai en Cour d'assises.* C'est un moment de folie, d'aberration ; le dommage est irréparable au point de vue de l'honneur du Dr P..., etc., etc. »

Il est impossible de tirer du malade plus d'éclaircissements sur la nature de son forfait.

Le lendemain, l'autoaccusation est moins fréquente dans les propos de M... Quand on lui rappelle son crime, il en convient, sans y insister, et passe à l'expression d'autres idées, de nature ambitieuse ou mélancolique.

Le surlendemain, il est plus confus, plus agité et parle encore de son *attentat à l'honneur du Dr P...*

Transfert à Sainte-Anne.

Il est probable que chez ce malade, atteint de paralysie générale ou d'encéphalopathie syphilitique, l'*autoaccusation imprécise et puérile de ce grand crime avait une origine onirique :* l'idée fixe consécutive a le caractère vague et absurde d'un rêve de dément.

Je n'ai rapporté cette observation que pour bien mettre en lumière *les caractères de l'autoaccusation dans les états démentiels.* Ces caractères enlèvent à l'autoaccusation toute portée médico-légale.

Dans l'observation suivante, l'autoaccusation, manifestement démentielle dans ses caractères, apparaît à la suite de rêves morbides, dans lesquels la malade, mélancolique anxieuse, puise les éléments de ses convictions de culpabilité. Dans ce cas, l'autoaccusation a eu des conséquences médico-légales, puisqu'elle a entraîné la malade au commissariat de police et qu'elle a déterminé une tentative de suicide.

OBSERVATION LI

(Très résumée)

Autoaccusation délirante, dans un accès de mélancolie anxieuse, chez une affaiblie démentielle sénile, sous l'influence d'un rêve morbide. — Tentative de suicide. — Hospitalisation. — Mort. — Autopsie. — Néphrite interstitielle ancienne: méningite chronique diffuse.

(DUPRÉ. — Observation personnelle.)

R..., soixante-neuf ans, sans profession, entre salle Récamier, lit 11, à l'hôpital Bichet, dans mon service, le 22 juin 1902.

Nombreux aliénés collatéraux : plusieurs suicides dans la famille, convulsions dans l'enfance. Jusqu'en 1892, état mental normal (?). A ce moment, crise de mélancolie de plusieurs mois. Ensuite, coliques hépatiques et attaques de rhumatisme articulaire (1899).

En 1901, à la suite d'une violente dispute avec un voisin, état mélancolique avec idées de persécutions et idées de grandeur. Elle accuse ses voisins de l'électriser, etc., elle forme des projets de commerce grandiose, va gagner une fortune avec de l'acétylène, etc. Légère excitation érotique.

Idées d'autoaccusation: elle s'accuse, à son mari, d'avoir dérobé des objets, d'avoir de mauvaises pensées, etc.

Le 21 juin 1902, après avoir passé la soirée à jouer aux cartes avec son mari, elle veut aller, chez le commissaire de police, s'accuser de nombreux vols qu'elle aurait commis. Son mari parvint à la faire se coucher. A trois heures du matin, elle veut de nouveau se lever, aller trouver le commissaire de police ; et elle prétend que, dans un rêve, elle s'est vue coupable d'actions indignes, de vols, etc. Son mari était parvenu à la calmer quelque peu ; lorsque, subitement, elle sort et *va au commissariat de police du quartier, pour se dénoncer.* Elle revient au bout d'une demi-heure, ayant trouvé les bureaux fermés et le commissaire absent. Elle commet alors, coup sur coup, *quatre tentatives de suicide:* ingestion de décoction d'allumettes, de bleu de cobalt, etc., et, enfin, coup de rasoir dans la région cervicale antérieure, qui détermine une plaie transversale peu profonde et oblige à hospitaliser la malade.

A l'hôpital, apparence de stupeur mélancolique, avec anxiété ; alternatives de mutisme et de marmottement incohérent, égarement du facies et du regard, état de confusion mentale.

Le lendemain, même état. L'examen somatique ne révèle aucune lésion organique importante. Réflexes rotuliens exagérés. Aucun signe physique de paralysie générale.

Les jours suivants, on apprend de la malade, qui marmotte à voix basse, de temps à autre, quelques réponses aux questions qu'on lui pose, qu'elle a acquis, dans un rêve récent, la conviction qu'elle est une grande coupable et qu'il faut qu'elle meure, parce qu'elle a causé le malheur de son mari, etc. Hallucinations visuelles terrifiantes.

Le lendemain, *raptus suicide dans un accès anxieux,* tentative de défenestration. La malade est maintenue et surveillée dans son lit. Elle continue à s'accuser, à la suite de rêves dans lesquels elle se voit coupable.

Le vendredi 27, ictus épileptique court, à prédominance faciale. Le 28, abattement très prononcé, tremblement labiolingual, extrême pâleur, sueurs froides, collapsus cardiaque : à midi, en faisant effort pour s'asseoir, elle meurt subitement.

Nécropsie. — Stéatose et adipose cardiaques. Adhérences pleurales anciennes. Un gros calcul vésiculaire.

Reins de poids normal, mais durs, sclérosés, avec adhérence capsulaire, lobulation par tractus fibreux irréguliers. Adipose du hile.

Encéphale 1,800 gr. Léger degré de pachyméningite. Athérome artériel très prononcé. Dilatation des ventricules, état congestif de la pie-mère, de l'écorce. Pas d'adhérences méningées, mais épaississement léger de la pie-mère, qui est un peu poisseuse, glutineuse, dans l'intervalle du lacis artériel anormalement développé. Légères ecchymoses stasiques de l'écorce du cervelet. Pas de lésions centrales.

V

L'AUTOACCUSATION DANS LES PSYCHONÉVROSES

L'autoaccusation peut être observée dans les états psychopathiques relevant de l'*hystérie* et de l'*épilepsie*. En pareil cas, la part est toujours délicate à faire, dans le syndrome délirant, à la névrose et à la dégénérescence mentale ; cette association étiologique constante a pour résultat un mélange d'effets cliniques difficiles à séparer et à rapporter chacun à leur chef étiologique légitime. Dans l'association *hystéro-dégénérative,* l'hystérie peut, tout comme la dégénérescence, revendiquer sa part d'influence sur les déterminations et les actes morbides (Pitres et Régis[1]).

Dans certains cas, néanmoins, l'analyse clinique semble possible et permet d'attribuer à la névrose le processus psychopathique d'autoaccusation.

A. — L'autoaccusation chez les hystériques

L'état mental des hystériques, constitué, de l'aveu de presque tous les auteurs, par la désagrégation psychique et la prédominance de l'automatisme et des états subconscients, présente comme caractéristique dominante un état plus ou moins prononcé de *suggestibilité pathologique.*

[1] Pitres et Régis. — *Les Obsessions et les Impulsions,* — Rapports médico-légaux. — Note additionnelle à l'observation du soldat G... Paris, 1902.

L'hystérique montre, en effet, une aptitude particulière à admettre dans sa croyance, à imiter dans ses actes, en un mot, à assimiler plus ou moins complètement à sa personnalité mentale et somatique, les faits qui, par la voie sensorielle ou subjective de la suggestion extérieure ou de l'autosuggestion, sont portés à sa connaissance.

Les hystériques présentent également une *aptitude très grande aux hallucinations,* surtout visuelles, tactiles et génitales. Les hallucinations, avec toutes les réactions psychiques, mimiques et motrices qu'elles provoquent, jouent un rôle prépondérant dans les attaques, dans les délires et aussi dans la vie interparoxystique de l'hystérique. Une autre caractéristique de la psychopathologie hystérique est la fréquence, et le caractère électif, dans ses localisations et son objet, de l'*amnésie ;* ces lacunes de la mémoire, d'ailleurs inconscientes, expliquent beaucoup des prétendus mensonges de ces malades.

D'autre part, le caractère de beaucoup d'hystériques est enclin, sinon au mensonge et à la simulation, comme on s'est plu à le répéter, mais au désir de paraître, de se mettre en scène, d'occuper de soi l'entourage et la société. L'hystérique est donc à la fois éminemment *suggestible,* très *hallucinable,* fréquemment *amnésique* et enfin souvent *vaniteux.* Porté ainsi, d'un côté, à ajouter foi à des scènes hallucinatoires plus ou moins oniriques ; disposé, d'un autre côté, par suite des lacunes inconscientes de sa mémoire et du rétrécissement du champ de sa conscience, à ne pas tenir compte des faits contraires à sa conviction ; enfin, incité, par ses tendances plus ou moins vaniteuses, à faire part de ses découvertes, à raconter un roman, à soutenir une thèse, pour exciter la curiosité de l'entourage ou intriguer l'opinion publique, l'hystérique, peut *émettre des accusations fausses, imaginaires,* tantôt *sincères* et d'origine onirique ou délirante, tantôt *mensongères,* tantôt *à la fois sincères et mensongères,* suivant que l'hystérie intervient seule ou associée, soit à l'imbécillité morale, soit aux perversions vicieuses des instincts, soit aux tendances vaniteuses fréquentes dans la dégénérescence mentale.

Les accusations fausses visent presque toujours autrui et *la fréquence des hétéroaccusations imaginaires des hystériques,* dont l'histoire médico-légale est si fameuse, s'oppose à la *rareté relative des*

autoaccusations de même origine. Cullerre[1] signale ce contraste dans son remarquable Rapport ; mais, après avoir écrit que « dans l'hystérie, les rêves et les hallucinations peuvent, à n'en pas douter, être le point de départ d'autoaccusations imaginaires », il ajoute que « pour être rares, les autoaccusations des hystériques, comme celles des fous moraux, peuvent, contrairement aux autoaccusations d'autre origine, soulever des difficultés sérieuses, en raison de leur vraisemblance et de la lucidité apparente de leurs auteurs ».

Les caractères cliniques de l'autoaccusation hystérique sont, en effet, la *lucidité apparente* de son auteur, le *luxe* et la *précision dans les détails* de la narration, la *vraisemblance de la faute* confessée, l'*uniformité du récit* autoaccusateur.

L'hallucination onirique qui engendre l'autoaccusation hystérique a beaucoup plus de ténacité que l'hallucination d'origine toxique; aussi entraîne-t-elle, chez l'hystérique, une conviction plus durable que chez l'intoxiqué, dont la confusion postonirique se dissipe assez rapidement.

Enfin, l'autoaccusation hystérique possède encore, outre ses caractères cliniques spécifiques, un caractère médico-légal assez particulier : c'est d'être presque toujours *liée, dans sa teneur et sa formule, à une hétéroaccusation.*

Ainsi, une hystérique s'accusera, dans son journal intime, de relations adultères, et elle s'étendra avec complaisance, dans son récit, sur les phases morales et les détails matériels de son roman amoureux : mais elle implique, dans la confession de sa faute, la *complicité* d'un amant ; c'est la *culpabilité à deux.* Cette collaboration dans la faute que l'accusatrice confesse, s'entrevoit dans les *hétéroaccusations de viol et d'attentats à la pudeur des hystériques.* Lorsqu'elles accusent autrui, elles ont, plus ou moins, participé, malgré elles, à la faute qu'elles lui reprochent, et lorsqu'elles s'accusent elles-mêmes, elles compromettent, dans leurs révélations, un complice plus ou moins consentant. L'aveu de culpabilité d'une hystérique est donc très souvent une *révélation complexe, un roman criminel à double héros:* c'est une *autohétéroaccusation.*

[1] Cullerre. — *Rapport au Congrès de La Rochelle,* 1893.

Ce caractère se retrouve dans la plupart des autoaccusations hystériques si fréquentes chez les sorcières, les démonopathes, les possédées, des grands procès de sorcellerie des XVe, XVIe et XVIIe siècles. Les malheureuses prévenues avouaient dans leurs autoaccusations délirantes, spontanées ou suggérées, qu'elles étaient ensorcelées ou possédées, ou qu'elles avaient commis les péchés d'adultère, d'inceste ou de sodomie ; mais elles impliquaient par là l'intervention, généralement active et par elles consentie, acceptée, du diable, d'un démon, de sorciers, d'un amant coupable, de compagnons de débauche, etc.

Les *autoaccusations hystériques* qui furent *si fréquentes autrefois* sont devenues *rares de nos jours*. Je n'aborderai pas ici l'étude rétrospective de ces faits, qui constituerait à elle seule un long et curieux chapitre d'histoire médicale, où l'exégète et le critique, l'aliéniste et le médecin-légiste, le magistrat enfin, trouveraient ample matière à recueillir et à méditer. On pourra en consulter les éléments dans la riche littérature de la sorcellerie, dans l'histoire des grands procès des XVe, XVIe et XVIIe siècles, et principalement dans l'ouvrage de Sprenger[1], dans le livre de Langlet-Dufresnoy[2], qui contient une bibliographie étendue de la sorcellerie pour le XVIe et le XVIIe siècle ; dans les œuvres célèbres de Jean de Wier[3], de Bodin[4], de Lancre[5], de Rémi[6], pour la documentation clinique et juridique ; de Calmeil[7], de Legué[8], de Charcot et Richer[9], de

[1] Fr. Jacobi SPRENGERI et Fr. Henrici INSTITORIS, *Inquisitorum hereticæ provitalis, Malleus maleficorum*. Lyon 1595

[2] LANGLET-DUFRESNOY. — *Recueil de dissertations sur les apparitions*. Paris, 1751, t. II.

[3] Jean DE WIER. — *Opera Omnia*. Amsterdam, 1660. — *Histoires, Disputes et Discours*, etc., 2 volumes de la Bibliothèque diabolique, Paris, 1885.

[4] BODIN. — *Démonomanie des Sorciers*, Paris, 1580.

[5] Pierre de LANCRE. — *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons*, etc. Paris, 1613.

[6] Nicolas RÉMI. — *Démonolâtrie, d'après les jugements, suivis de mort, d'environ neuf cents personnes, qui, pendant l'espace de quinze ans, en Lorraine, payèrent de leur vie leur crime de sortilège*. Cologne, 1596 (Bibliothèque nationale, R. 2569).

[7] CALMEIL. — *La folie considérée sous le point de vue pathologique, historique et judiciaire*. Paris, 1855.

[8] LEGUÉ. — *Urbain Grandier et les possédées de Loudun*. Paris, 1880.

[9] CHARCOT et RICHER. — *Les démoniaques dans l'Art*.

Ch. Richet[1], de Bourneville[2], pour la critique scientifique et médicale de ces faits de psychopathologie historique.

Il résulte de ces documents, que des milliers d'individus, surtout des femmes, furent, au cours des épidémies de démonopathie du XIVe au XVIIe siècle, brûlées, après jugement, comme sorcières coupables d'avoir ensorcelé, violé, tué, mangé des enfants, brûlé des maisons, compromis des récoltes, etc. Un grand nombre de ces malheureuses *avouèrent, non pas seulement à la torture, mais spontanément, leur prétendue culpabilité;* le mécanisme de ces autoaccusations variait d'ailleurs suivant les cas. Beaucoup de ces sorcières étaient des *débiles,* des *imbéciles,* qui avouaient par *suggestion réflexe, inconsciente.* Jean de Wier dit textuellement : « La sorcière est une *pauvre vieille femme stupide et ignorante,* dont la fantaisie a été tant abusée en fausses images par l'esprit malin qu'*elle confesse avoir fait ce qu'elle n'a pu faire et ce qui n'a été fait par quiconque.* »

D'autres sorcières étaient des *hystériques,* plus ou moins *débiles* également, qui avouaient le crime du sabbat, *en racontant des scènes d'origine évidemment onirique et hallucinatoire.* Voici un exemple d'autoaccusation de crime de sorcellerie, emprunté à P. de Lancre, où l'on saisit bien l'étiologie onirique de la conviction morbide et de l'aveu.

Quelqu'un soupçonnant sa servante d'être sorcière et elle le niant, il se résolut de veiller toute une nuit, et l'ayant attachée à la jambe bien serré, elle étant auprès du feu une nuit qu'elle devait aller au sabbat, tout aussitôt qu'elle faisait le moindre semblant de dormir, il l'éveillait rudement; néanmoins le diable triompha, car *elle fut au sabbat, confessa y avoir été et lui en dit toutes les particularités confirmées par une infinité d'autres.*

Beaucoup de ces sorcières, débiles ou hystériques, se graissaient, avant de partir pour le sabbat, avec des *onguents* contenant du haschich, de la mandragore, de la belladone et d'autres solanées vireuses, *substances toxiques* propres à développer les *hallucinations et l'onirisme délirant* chez ces hystériques débiles, aptes à toutes les suggestions.

[1] Ch. Richet, — *L'homme et l'intelligence,* 1884.

[2] Bourneville. — Collection de la *Bibliothèque diabolique.* Paris, 1880-90. Lire, dans cette collection, l'émouvante relation, due à Ladame (de Genève), du procès criminel de la dernière sorcière brûlée à Genève, le 6 avril 1652.

Beaucoup d'autres autoaccusatrices étaient des *mélancoliques délirantes,* qui avouaient tous les crimes possibles et demandaient elles-mêmes leur supplice.

Enfin, non seulement la *débilité mentale, l'hystérie, l'intoxication,* la *mélancolie,* mais souvent aussi des *états vésaniques variés* précipitaient ces malheureuses dans la voie des pratiques diaboliques, les amenaient, sur la dénonciation publique, au tribunal ecclésiastique (XVe et XVIe siècles) ou civil (XVIIe siècle), devant lequel elles se condamnaient elles-mêmes, par leurs autoaccusations, aux derniers supplices.

Toutes les psychoses caractérisées par des hallucinations, surtout motrices et génitales, le dédoublement de la personnalité et le délire de possession, revêtaient, chez elles, la forme de la démonolâtrie, de la démonopathie externe et interne, de la démonomanie, de la lycanthropie, et entraînaient nécessairement à leur suite des autoaccusations sincères, qui étaient pour leurs auteurs autant d'arrêts de mort.

Cet aperçu sommaire des *éléments étiologiques de l'autoaccusation spontanée, chez les sorcières* ou complices de sorcellerie, donne une idée de l'étendue, de la complexité et de l'intérêt de ce *côté historique de la question des autoaccusateurs au point de vue médico-légal.*

Aujourd'hui, l'autoaccusation hystérique ou hystéro-vésanique, devenue beaucoup plus rare, n'a presque plus de portée médico-légale. Ce progrès est d'ailleurs dû, non pas tant à la disparition des aptitudes pathologiques à l'autoaccusation chez les malades, qu'au changement profond des conditions de la vie sociale et de la pratique judiciaire, à l'amélioration des mœurs et à la diffusion générale de l'instruction. Ce sont là autant de conditions sociologiques capables d'apporter à l'aspect clinique de la folie chez les malades, comme à la conception et au traitement de celle-ci chez les juristes et les médecins, les modifications les plus profondes. Aucune étude n'est plus propre à confirmer cette notion générale que l'histoire médico-légale des autoaccusateurs.

On trouvera, dans l'ouvrage de Calmeil, la relation d'*une épidémie d'autoaccusations délirantes,* à la suite de laquelle le malheureux prêtre Louis Gaufridi, accablé sous les accusations de deux religieuses hystériques et découragé par l'hostilité de l'inquisiteur,

s'accusa, en plein tribunal, de participation au sabbat, de pacte avec le diable, de crimes immondes, etc., et fut brûlé, après dégradation publique, à Aix, sur la place des Prêcheurs, le 30 avril 1611.

On peut lire, dans Boguet, la relation sommaire d'une autoaccusation arrachée à une pauvre sorcière par la terreur du jugement et du tribunal. C'est un document, entre mille, qui démontre que l'autoaccusation obtenue des sorciers émanait directement, sans intermédiaire d'accidents hystériques ou vésaniques, de la suggestion impérative qu'exerçaient, dans leurs questions, les inquisiteurs hostiles et menaçants sur l'esprit débile et terrorisé des malheureux prévenus.

OBSERVATION LII

Autodénonciation de crimes de sorcellerie et d'empoisonnement par une sorcière, terrorisée devant le tribunal, lors des procès de sorcellerie du Jura (1590).

(Henri Boguet, grand juge au Comté de Bourgogne. — Discours exécrables des sorciers, ensemble leurs procès, faits depuis deux ans en divers endroits de la France, avec une instruction pour un juge en fait de sorcellerie. Rouen, 1603. — Jugement rendu aux Assises de Saint-Claude (Jura). — Relation empruntée à Ch. Richet. Les démoniaques d'autrefois. *Revue des Deux-Mondes,* 1880.)

Voici l'indication de deux observations d'autoaccusation chez des hystériques. Dans la première, débilité mentale, imbécilité morale et hystérie collaborent au processus ; dans la seconde, l'hystérie, alliée aux tendances imaginatives et romanesques de l'esprit et probablement aussi aux désirs érotiques du tempérament, semble seule responsable de la relation mensongère et secrète d'adultère écrite par la malade.

OBSERVATION LIII

Autoaccusations de vols imaginaires, mêlées aux aveux de vols réellement commis, par un dégénéré vicieux, hystérique, très suggestible.
Condamnation. — Examen médico-légal. — Internement.

(DUCOSTÉ. — Observation communiquée à Oudard.)

OBSERVATION LIV

Relation écrite, dans un journal intime, de toute une longue histoire d'adultère, complètement fausse, par une dame probablement hystérique.
Action en divorce introduite par le mari. — Longue enquête. Innocence de l'autoaccusatrice reconnue.

(KIERNAN. — Confession des aliénés. *Alienist and Neurologist*, octobre 1897.)

B. — L'autoaccusation chez les épileptiques

Le caractère égoïste, hautain et agressif de l'épileptique n'est pas un terrain psychique propice au développement de l'autoaccusation. Cependant, le mal comitial, dans l'extrême diversité de ses formes psychopathiques, peut placer soudainement le malade dans une situation telle que celui-ci peut devenir un autoaccusateur.

L'épileptique, dans un raptus subit de délire homicide, a frappé sa victime : celle-ci a succombé. L'assassin inconscient revient à lui peu de temps après ; c'est alors que, pressé de fournir des explications sur les motifs de son acte, il peut chercher des excuses, alléguer des circonstances atténuantes, prétexter une dispute, une rixe, invoquer la situation de légitime défense.

Dans d'autres cas, l'acte pathologique sera moins grave, mais l'épileptique peut chercher encore à l'expliquer ; en simulant ainsi le souvenir de ses actes et la conscience de sa culpabilité, l'épileptique se livre sans défense au jugement du tribunal ; en *revendiquant pour ainsi dire la responsabilité de sa conduite,* il plaide coupable et *devient son propre accusateur.*

« Le malade, recouvrant la raison tout à coup, au cours de son délire, se retrouve l'instrument du crime à la main, ou entouré de pièces à conviction telles, qu'il ne peut pas un instant douter qu'il soit l'auteur de l'acte commis. Dans ces conditions, on a vu des malades humiliés, chercher un semblant de raison à leur acte, reconnaître qu'il a été accompli en toute connaissance de cause et le rattacher même à un fait de leur vie antérieure. On conçoit tout l'intérêt qu'il y a en pareil cas, au point de vue médico-légal, à reconnaître la vérité ». (Féré [1]).

C'est là une *variété rare d'autoaccusation indirecte,* qui dérive de la tentation qu'éprouvent certains épileptiques d'expliquer, au sortir de leur crise, les actes inconscients et ignorés, commis par eux au cours de leur accès.

Le médecin expert doit soupçonner l'épilepsie larvée dans toutes les situations étranges, où la nature des explications du prévenu n'éclaire pas l'accomplissement d'un délit ou d'un crime, que rien ne motive dans les antécédents de l'inculpé et les circonstances actuelles de l'acte lui-même.

[1] FÉRÉ. *Epilepsie.* Collect. Léauté. Paris, 1899, et *Les épileptiques* (Alcan). — Voir l'observation XXVII et la citation de Legrand du Saulle.

III

ETUDE MÉDICO-LÉGALE

Après avoir exposé l'histoire étiologique et clinique de l'autoaccusation, il me reste à en étudier l'histoire médico-légale, c'est-à-dire à en rechercher les conséquences pratiques dans les domaines judiciaire et administratif.

Au cours de cette étude, je considérerai successivement la situation de l'autoaccusateur vis-à-vis de la loi et de ses représentants ; la valeur probante de l'aveu, dans la législation française, passée et moderne, et dans certaines législations étrangères ; les conséquences des autodénonciations postérieures aux arrêts judiciaires ; la conduite de l'expert et du magistrat vis-à-vis de l'autoaccusateur ; enfin, les conclusions statistiques médico-légales qui se dégagent de l'étude comparée des observations d'autoaccusateurs.

Sans revenir ici sur la distinction, plus haut établie, entre les *idées d'autoaccusation* et les *faits d'autodénonciation,* il est cependant utile de délimiter ici le domaine d'étude et d'intervention de la médecine légale vis-à-vis des autoaccusateurs. Le délire de culpabilité, qui comporte nécessairement la foi du malade en sa faute, n'entraîne pas toujours l'autoaccusation ; celle-ci est un acte, parlé ou écrit, qui, à son tour, n'est pas forcément secondaire au délire de culpabilité. Un individu peut, en effet, s'accuser d'une faute sans avoir à se la reprocher, sans se croire coupable , et, parfois, sachant parfaitement qu'il est innocent. Cette distinction, sur laquelle a judicieusement insisté Régis, met bien en lumière la différence, en l'espèce, des langages clinique et médico-légal, et montre le grand intérêt théorique et pratique d'une définition précise des termes.

Que l'acte de s'accuser soit délirant ou mensonger, spontané ou calculé, secondaire à un sentiment d'essence mélancolique, à une conviction d'origine hallucinatoire, à une suggestion personnelle ou étrangère, *autoaccusation est, en médecine légale, synonyme d'autodénonciation.*

Sur ce point, d'ailleurs, les exigences du langage médico-légal concordent avec les origines étymologiques du vocable « accusation » ; celui-ci vient des mots *ad causam... (vocare)*, c'est-à-dire de termes qui signifient : appeler au procès, provoquer à la défense (l'accusé). L'origine du mot accuser est donc toute juridique, et c'est par une véritable extension du terme en clinique que les aliénistes ont englobé, sous le même vocable d'autoaccusation, des faits si différents dans leur origine, leurs manifestations et leurs conséquences.

L'*autoaccusation médico-légale* ou *autodénonciation* est un *acte*. Cet acte, commis vis-à-vis des agents de l'autorité, est *direct*, lorsqu'il a lieu sans intermédiaire ; *indirect*, lorsque la dénonciation est faite auprès d'un tiers, qui avertit ensuite les autorités. Cet acte est *verbal* ou *écrit ;* enfin, il est *spontané* ou *provoqué*, suivant que l'aveu est commis avec ou sans l'intervention primitive des agents de l'autorité.

Dénoncer vient, étymologiquement, de *nunciare*, qui signifie *annoncer* une *nouvelle*. Le sens étymologique du terme autodénonciation, d'accord avec le sens médico-légal, implique donc l'acte d'informer qui de droit, de la nouvelle d'une faute commise par le dénonciateur.

Lorsque, par l'autodénonciation, verbale ou écrite, directe ou indirecte, l'autoaccusateur passe du domaine clinique dans le domaine médico-légal, il crée, vis-à-vis de lui et des autorités, une situation nouvelle, qui varie suivant le contenu de l'autoaccusation.

Régis a proposé, des différentes situations médico-légales créées par les autoaccusateurs, une division claire et simple, qui comprend sous ses quatre chefs la totalité des éventualités possibles dans le domaine médical de l'autoaccusation. Cette classification, exposée dans sa thèse par Oudard [1], est un modèle de sériation pratique des

[1] OUDARD. — *Thèse*, Bordeaux, 1900.

faits d'autoaccusation, suivant leur importance judiciaire. Elle comprend les catégories suivantes :

L'individu s'accuse :

1° D'un crime *inexistant*, imaginaire ;

2° D'un crime *réel*, mais *évidemment inimputable* à l'autodénonciateur ;

3° D'un crime *réel et parfaitement imputable* à l'autodénonciateur ;

4° D'un crime *réellement commis par lui*, mais *grossi et aggravé* par sa déposition, et avoué, sans sollicitation extérieure, sous des influences d'ordre pathologique.

Le principe de cette classification, d'ordre purement judiciaire, échappe à la compétence du médecin et relève de l'enquête du magistrat instructeur. Au médecin incombe la mission d'établir la preuve clinique de l'état d'aliénation ou de non-aliénation de l'autoaccusateur ; mais encore faut-il que cette mission lui soit confiée, c'est-à-dire qu'une expertise médico-légale ait été décidée. En effet, sain d'esprit, aliéné, criminel, autoaccusateur sont quatre états relativement indépendants, séparables les uns des autres, mais souvent associés, et qui se présentent, suivant les cas, soit isolés, soit réunis dans les combinaisons les plus diverses. Au magistrat instructeur incombe la tâche d'établir la preuve de la réalité ou de l'absence, de la possibilité ou de l'impossibilité d'imputation, du crime avoué par l'autoaccusateur.

Tout fait d'autodénonciation comporte donc un double problème : un *problème judiciaire* et un *problème médical*, offrant chacun ses difficultés intrinsèques, son intérêt théorique et son importance pratique.

Dans la règle, c'est le problème judiciaire qui se pose d'abord, et c'est le magistrat qui reçoit, le premier, les confidences de l'autoaccusateur.

L'expérience montre que, exception faite des cas d'autoaccusations formulées au médecin ou à l'entourage par les malades en cours de traitement, presque toujours l'autoaccusateur va se dénoncer oralement, dans les grandes villes, au commissaire de police ou à l'un de ses agents en fonction ; ou, à la campagne, à la caserne de gendarmerie. Quelquefois, l'autodénonciation est faite par écrit, dans une

lettre adressée soit au commissaire de police, à la gendarmerie ou au procureur de la République, soit à la presse, soit même déposée en un endroit public, bien en évidence, et généralement près du lieu du crime. Dans des cas plus rares, l'autoaccusateur se dénonce à des tiers, en les laissant libres ou en les priant de le faire arrêter. Enfin, parfois, l'autoaccusateur va se livrer, encore tout frémissant de l'horreur de son forfait, au palais de l'Élysée ou se fait arrêter sur la voie publique, dans une attitude de repentir et d'expiation qui sollicite la curiosité publique et l'intervention de la police.

Le plus souvent, dans ces différents cas, le problème judiciaire se pose à l'autorité dans des conditions telles, que l'hypothèse de la folie s'impose à l'esprit du magistrat, et que l'autoaccusateur, sans enquête administrative ou judiciaire préalable, est aussitôt ou éconduit ou envoyé, aux fins d'examen mental, devant un médecin-expert ; à Paris, à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police. Dans le département de la Seine, les commissaires de police, éduqués par l'expérience de faits si fréquents, et fidèles à une tradition déjà ancienne, dirigent spontanément ces malades sur le Dépôt, dans le service du Dr Paul Garnier ; ceux-ci se présentent souvent à l'examen, dépourvus d'identité, sans autres renseignements que le procès-verbal du commissaire. Ils se montrent alors dans toute la spontanéité dramatique d'un délire, dont la brusque éclosion a profondément troublé leur personnalité, souvent avec l'attitude, le langage et les gestes de personnages plus ou moins énigmatiques, à propos desquels une observation de plusieurs jours est parfois nécessaire, pour reconstituer leur dossier psychopathologique et s'expliquer leur conduite.

L'*incognito,* au moins temporaire, dans lequel se présentent, au Dépôt, ces malades, est d'origine soit *amnésique* (amnésie élective des éléments de la personnalité, amnésie des confus, etc.), soit *volontaire,* les autoaccusateurs dissimulant à dessein leur identité civile pour épargner à leur famille le déshonneur de leur faute.

D'une façon générale, c'est tantôt l'irréalité ou l'évidente impossibilité de l'acte criminel, tantôt les bizarreries d'attitude et de langage de l'autoaccusateur, tantôt l'étrangeté des conditions de l'aveu, tantôt la réputation déjà établie d'une mentalité suspecte chez l'autodénonciateur, qui, éclairant la religion du magistrat, transposent rapidement, du domaine judiciaire dans le domaine médical, le problème de l'autoaccusation.

Lorsque, au contraire, ces circonstances préjudicielles font défaut et que rien, ni dans la nature du crime avoué, ni dans les circonstances de l'aveu, ni dans le langage et l'attitude de l'autoaccusateur, n'oriente l'esprit du magistrat vers le soupçon de la folie chez le dénonciateur, *une enquête est ouverte*, et, avant l'intervention de l'expert, l'instruction est commencée.

La situation de l'autoaccusateur vis-à-vis de la loi est donc exactement celle d'un citoyen quelconque, inculpé d'un délit ou d'un crime, à la suite d'une révélation faite aux autorités administratives. Le commissaire de police doit avertir le procureur de la République, lequel ouvre ou fait ouvrir une enquête officieuse, ou requiert le juge d'instruction. Ce magistrat procède à l'instruction et, celle-ci terminée, rend, suivant sa conviction, sur la prévention et la suite à donner à l'affaire, une ordonnance de non-lieu ou une ordonnance de renvoi devant le tribunal compétent. Au cours de son enquête, le juge d'instruction peut commettre un expert-aliéniste, aux fins d'examen de l'autoaccusateur, s'il suspecte l'intégrité des facultés mentales de celui-ci.

L'expertise médico-légale peut donc déjà intervenir, en faveur de l'autoaccusateur, aux premières phases de la procédure criminelle, c'est-à-dire à la phase des opérations de police judiciaire et à la phase des opérations de l'instruction ou de l'information.

Dans le plus grand nombre de cas d'autoaccusation, l'affaire ne comporte pas de suites; elle est, soit résolue par l'envoi d'office de l'autoaccusateur à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, par les commissaires de police ; soit classée après l'enquête officieuse du Parquet; soit terminée par une ordonnance de non-lieu du juge d'instruction. Dans la plupart de ces cas, le classement juridique de l'affaire est suivi d'un examen médico-légal de l'autoaccusateur.

Mais dans un certain nombre de cas, la procédure, en cas d'estimation de charges suffisantes, aboutit, pour l'autoaccusateur, au renvoi devant le tribunal et au jugement. A cette troisième phase de la procédure d'instruction criminelle, l'expertise médico-légale peut intervenir encore, au sujet de l'autoaccusateur, par décision de la Cour ou du Président, sur la demande de la défense ou même du Parquet.

Si, à l'une quelconque de ces phases de la procédure, celles de l'*action de la police judiciaire*, de l'*enquête du juge d'instruction*

et des *opérations du tribunal,* l'examen médical de l'inculpé a eu lieu, le problème de l'autoaccusation passe dans le domaine médico-légal; et l'autoaccusateur, livré par les magistrats aux médecins, reste à la discrétion des experts, qui peuvent conclure soit à la mise en liberté, soit, bien plus souvent, à la nécessité de l'internement du malade.

Si, au contraire, l'autodénonciateur n'est l'objet d'aucune expertise médico-légale, le problème de l'autoaccusation reste dans le domaine purement judiciaire, et il est intéressant, à cet égard, de voir les solutions juridiques qu'il peut comporter dans les différentes législations.

L'étude de cette grosse question commande tout d'abord l'examen de la *valeur probante de l'aveu.* On sait [1] que l'évolution des systèmes de preuve en matière criminelle a passé par plusieurs périodes, parmi lesquelles Ferri distingue quatre phases successives :

1° La *phase primitive,* où les preuves sont grossières, empiriques et livrées à l'impression personnelle ;

2° La *phase religieuse,* où la divinité désigne le coupable en intervenant dans le duel judiciaire, et les différentes modalités du jugement de Dieu ;

3° La *phase légale,* dans laquelle la loi fixe elle-même d'avance la valeur des différents moyens de preuve et le degré de preuve nécessaire ou suffisant, pour prononcer une peine ordinaire ou extraordinaire; c'est dans cette période que la confession de l'accusé est considérée comme la *reine des preuves,* et qu'on n'hésite pas à employer la torture pour l'obtenir (Georges Vidal [2]) ;

4° La *phase sentimentale de l'intime conviction,* dans laquelle la loi, proclamant la liberté et la souveraineté absolues des juges et des jurés, les dégage de toute entrave légale et leur prescrit de se prononcer sur leur seule conviction intime.

Le système des preuves légales, dans lequel la valeur probante est déterminée par la loi, de telle sorte que le juge n'est pas libre

[1] FERRI. — *Sociol. crim.*, n° 76, p. 762 (4e ediz.).
TARDE. — *Philosophie pénale,* pp. 424 et suivantes.
BONNIER. — *Traité des preuves,* 4e édition, 847 à 852.

[2] Georges VIDAL. — *Cours de Droit criminel et de Science pénitentiaire.* Paris, 1902.

d'avoir une conviction en dehors de règles fixes, codifiées en des textes formels; le système des preuves légales a été en vigueur jusqu'à la Révolution, qui, en 1791, l'a supprimé en matière criminelle et a institué le jury.

Dans l'ancien Droit français, toute la procédure tendait à extorquer l'aveu à l'inculpé, par l'interrogatoire. Le serment était imposé à l'accusé, et, dans l'échelle de force probante attribuée par la loi à chaque nature de preuve, le premier degré, celui qui constituait *la preuve pleine ou entière,* complète, la preuve qui entraînait la condamnation, résultait ordinairement de l'*aveu judiciaire* de l'accusé; un second degré de valeur probante, représentant *la preuve semi-pleine ou demi-preuve,* résultait de l'*aveu extra-judiciaire* de l'accusé.

Dans les grands procès criminels, la *torture* était un des moyens d'*extorquer l'aveu des prévenus.* Toute l'histoire des procès de sorcellerie du moyen âge et de l'ancien régime est faite des aveux plus ou moins facilement arrachés aux accusés par la torture et d'auto-accusations graves ainsi provoquées chez tous ces malheureux malades méconnus, victimes de l'ignorance de l'époque et de la barbarie de la procédure.

Un point fort intéressant de l'histoire de ces procès résulte de la *fréquence relative des aveux obtenus* par les juges, même *sans l'application de la torture.*

Ces *aveux spontanés,* qui établissaient la preuve de la culpabilité, se produisaient parfois dans de telles conditions que les jurisconsultes finirent par s'effrayer des conséquences de cette preuve de culpabilité, tirée du simple aveu, au moins dans les cas très graves, comportant l'application de peines afflictives ou capitales. Dans les commentaires qu'ils firent de l'Ordonnance d'Instruction criminelle de 1670, que l'on peut considérer comme le testament juridique de l'ancien régime, les grands criminalistes du XVIIe et du XVIIIe siècle, appuyant leur opinion sur l'article 5 du titre XXV de cette Ordonnance, émettaient la réserve formelle qu'il *faudrait, pour établir la culpabilité, d'autres preuves ou présomptions venant corroborer l'aveu*[1]. Ils avaient, en effet, remarqué que certains prévenus, non

[1] ESMEIN. — *Histoire de la procédure criminelle en France,* p. 273.

seulement ne se défendaient pas, mais allaient au-devant de l'accusation, se chargeaient eux-mêmes d'accablantes révélations, renchérissaient sur le réquisitoire et semblaient avides de culpabilité et d'expiation. Aussi avaient-ils formulé le classique adage : *Nemo auditur, perire volens.*

On conçoit facilement combien les tendances et *les procédés de l'instruction criminelle de l'ancien Droit* devaient *multiplier les autoaccusateurs* et organiser, de complicité avec eux, *le régime de l'erreur judiciaire.* Une notion, même superficielle, des résultats des procès de sorcellerie montre toute la tragique horreur des *débuts de l'histoire médico-légale des autoaccusateurs.*

Actuellement, le *système des preuves légales* règne encore, au moins dans une certaine mesure, et notamment pour l'aveu, dans le Droit civil. L'article 1356 du Code civil est ainsi conçu : « *L'aveu fait pleine foi contre celui qui l'a fait.* » Mais cet article n'a aucune portée en matière pénale. Tandis, en effet, que le Droit civil ne s'occupe, en principe, que des intérêts privés et particuliers, le Droit pénal et les questions de culpabilité tiennent à l'ordre public, et leurs règles ne peuvent être laissées au consentement individuel.

Le *système des preuves morales, d'intime conviction,* qui régit la procédure du Droit pénal moderne, est établi par l'article 342 du Code d'instruction criminelle.

D'après cet article, l'aveu n'a plus de valeur probante légale, il ne vaut plus *per se.* Il conserve seulement une valeur probante, *d'ordre moral,* livrée à l'appréciation et à la conscience du juge.

L'*aveu spontané de sa faute,* à la Cour d'assises, par l'accusé, *ne supprime point les débats :* ceux-ci, dans les conditions nouvelles que crée cet aveu, peuvent être abrégés, simplifiés, mais non éludés; à fortiori, l'autodénonciation délirante d'un accusé innocent ne pourrait-elle point interrompre le cours des débats. Tous ces *aveux* ne figureraient, au cours de l'interrogatoire du prévenu, que comme des *éléments d'information, plus ou moins propres à éclairer la conscience des jurés.*

Une fois les débats terminés et le verdict rendu, l'accusé est ou condamné ou acquitté. Dans les deux cas, le prononcé du jugement et la clôture du procès, loin de terminer le rôle possible de l'autoaccusateur, peuvent, au contraire, devenir le signal de son entrée en scène.

Dans le cas où le prévenu est *condamné,* un autoaccusateur peut surgir et *se dénoncer comme l'auteur du crime injustement puni* chez le condamné innocent. Cette autodénonciation spontanée d'un tiers peut-elle être considérée comme un *fait nouveau,* capable, en vertu de la loi du 8 juin 1895, d'entraîner la revision du procès? Si cette autodénonciation spontanée est *corroborée par d'autres preuves,* elle est un *fait nouveau* qui, d'après l'arrêt du 15 juillet 1899 de la Cour de cassation et des gloses qu'on peut faire sur cet arrêt (Recueil Sirey, 1901, 1re partie, p. 541), *permet de rouvrir le procès* du condamné. L'affaire dite de la Blancarde, antérieure à la loi de juin 1895 (observation LV) est un exemple de cette éventualité.

Si l'autodénonciation, ou, en termes juridiques, si cet *aveu spontané* n'est *pas corroboré* encore par d'autres *preuves extrinsèques* de la culpabilité de l'autoaccusateur, il n'en doit pas moins appeler l'attention de l'autorité et suffire à lui seul à *faire ouvrir une procédure* afin de *rechercher les preuves corroboratrices de l'aveu.* Une *expertise médico-légale sur l'autoaccusateur* pourrait être, à cet effet, ordonnée par l'autorité judiciaire (Pr Le Poittevin[1]).

Dans le cas où le prévenu est *acquitté,* un autoaccusateur peut venir *se dénoncer comme étant l'auteur du crime dont on vient d'innocenter l'accusé.* En pareil cas, la procédure commence, pour l'autodénonciateur, comme il a été exposé plus haut; et l'enquête peut devenir délicate, en présence d'un autoaccusateur, qui, mis au courant des moindres détails de l'affaire par la lecture ou l'audition des débats du procès, possède tous les éléments pour construire un roman de culpabilité assez vraisemblable. Dans d'autres cas, c'est *le prevenu acquitté lui-même* qui vient, quelques mois ou quelques années plus tard, *se livrer aux autorités,* et, dans un *délire d'autoaccusation rétrospective,* se dénonce comme le vrai coupable du crime dont il a été absous par erreur.

Dans cette dernière éventualité, comme le Droit français n'admet la *possibilité de la révision,* pour cause d'erreur judiciaire, qu'*au bénéfice de l'accusé et jamais contre lui, l'autodénonciation de l'acquitté, postérieure à l'acquittement, n'entrainerait pas de procédure de révision.*

[1] Pr Le Poittevin. — Communication orale.

OBSERVATION LV

Autoaccusation, sincère et véridique, d'un assassinat réellement commis, par une jeune servante, prise de remords et désireuse d'innocenter l'homme que sa dénonciation mensongère avait fait, trois ans auparavant, condamner injustement, devant deux Cours d'assises, aux travaux forcés à perpétuité.

Condamnation de l'accusatrice pour faux témoignage. — Révision des premiers procès (article 443 du Code d'instruction criminelle). — Renvoi devant une troisième Cour : acquittement du condamné.

(Affaire de la Blancarde. — Procès Cauvin - Marie Michel. — Assises des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault, du Puy-de-Dôme et du Rhône, 1892-1896.)

Cette grosse affaire criminelle, beaucoup trop longue pour être exposée ici, peut se résumer en quelques lignes.

Une vieille dame de Marseille, vivant seule avec sa petite bonne Marie Michel, âgée de quinze ans, est assassinée une nuit, en 1892. Les soupçons se portent sur la bonne et principalement sur un familier de la maison, légataire de la victime, nommé Cauvin.

A la Cour d'assises d'Aix, en 1892, ce dernier est condamné aux travaux forcés à perpétuité : Marie Michel, *reconnue coupable de complicité par le jury, est acquittée par le tribunal, comme mineure ayant agi sans discernement.*

Pourvoi en cassation de Cauvin. Aux assises de l'Hérault, ce dernier comparait seul accusé, et *Marie Michel, devenue simple témoin,* charge Cauvin, qui est derechef condamné aux travaux forcés.

Trois ans après, *prise de remords, Marie Michel s'accuse, au parquet de Marseille, de faux témoignages* portés contre Cauvin, à Aix et à Montpellier. Une instruction est alors ouverte et bientôt close par une ordonnance de non lieu, rendue par le juge d'instruction. Mais la famille de Cauvin, invoquant l'article 135 du Code d'instruction criminelle, forme, comme partie civile, opposition à cette ordonnance de non-lieu et demande à dessaisir la magistrature d'Aix de l'affaire de faux témoignage.

Faisant droit à cette demande, la Cour de cassation renvoie Marie

Michel à la Cour d'appel de Riom. La Chambre des mises en accusation de Riom reconnaît des charges suffisantes pour le renvoi en Cour d'assises, et *la Cour d'assises de Riom condamne Marie Michel à cinq ans de réclusion pour faux témoignages.*

A la suite de cette condamnation, une demande en revision du procès de Cauvin fut introduite, devant la Cour de cassation, en vertu du paragraphe 3 de l'article 443 du Code d'instruction criminelle, lequel est ainsi conçu :

« *La revision pourra être demandée lorsqu'un des témoins entendus* « *aura été, postérieurement à la condamnation, poursuivi et condamné* « *pour faux témoignage contre l'accusé ou le prévenu.* »

Par arrêt du 23 avril 1896, la Cour suprême déclare recevable la demande de revision et renvoie le procès devant la Cour d'assises du Rhône. Le tribunal de Lyon acquitte Cauvin. Aux termes du même article 443, Marie Michel, condamnée à Riom pour faux témoignage, ne pouvait pas être entendue au cours de ces derniers débats

Réflexions. — Cette retentissante affaire criminelle offre *un exemple d'autoaccusation médico-légale, sincère et véridique, spontanément commise* par une jeune fille de dix-huit ans, *sous l'influence du remords,* pour innocenter un homme injustement condamné sur une dénonciation mensongère de l'accusatrice.

Sans m'attacher à discuter ici, au point de vue psychologique, la véracité des témoignages contradictoires de l'accusatrice, je ne veux faire ressortir ici que *les conséquences judiciaires de l'acte de l'autodénonciation.* Ces conséquences se résument, à la suite d'une procédure dont on a vu les étapes, dans *la révision du procès de Cauvin,* en vertu d'un cas de l'article 443, antérieur, dans la législation, à la loi du 8 juin 1895, qui établit la valeur du *fait nouveau* en matière de révision.

Faute de documents précis et d'observation médico-légale sur la personnalité de l'autoaccusatrice, il nous est impossible de nous prononcer ici sur la nature exacte des déterminantes étiologiques, comprises sous le nom de remords, qui provoquèrent, chez Marie Michel, l'autodénonciation. Le cas rentre évidemment dans *la quatrième classe des autoaccusations* de Régis ; avec cette réserve que l'influence salutaire, quoique tardive, d'un remords légitime ne saurait rentrer dans la catégorie des causes pathologiques de l'autoaccusation. En tout état de cause, au point de vue médico-légal, qu'elle fût véridique ou mensongère, légitime ou morbide, l'autoaccusation devait comporter les mêmes conséquences judiciaires.

Dans certaines législations étrangères, particulièrement en Angleterre, en Espagne, en Autriche, en Allemagne, en Suisse, la situation médico-légale de l'autoaccusateur se ressent de la différence de

l'esprit et de la lettre de la loi pénale et de la procédure criminelle établies.

En Angleterre, le principe général qui domine tout le Droit pénal, est l'*absence du système inquisitorial;* on n'interroge pas l'accusé, on ne recherche pas son aveu. Dans le *système accusatoire* anglo-américain, nul, en principe, n'est admis à témoigner contre lui-même. L'inculpé est introduit devant le juge d'instruction (juge de police ou juge de paix), ainsi que l'accusateur et les témoins. Le juge, une fois entendue l'accusation, s'adresse à l'accusé, et lui dit en substance : « Voulez-vous répondre ? Ne tenez compte d'aucune « promesse ou d'aucune menace qu'on vous aurait faite pour vous « faire avouer. Votre déposition sera consignée par écrit et pourra « servir de preuve. » Interrogé devant la Cour d'assises (*arraignment*), l'accusé ou ne répond pas *(stand mute)* et alors est réputé plaider *non coupable (plea of not guilty)* ou déclare plaider non coupable : dans ce premier cas, les débats suivent leur cours devant le jury, et le procès a sa conclusion dans le jugement.

Si, au contraire, l'accusé déclare *plaider coupable (plea of guilty),* s'il avoue, en somme, sa culpabilité, cet *aveu spontané fait immédiatement preuve contre lui*, et il est, *ipso facto,* dans la situation de l'accusé qui a été l'objet d'un verdict de culpabilité, il est *jugé sans jury,* il est son propre juge et la procédure relative à la prononciation de la sentence est immédiatement ouverte (G. Vidal).

Ainsi, l'*aveu spontané,* l'autodénonciation accusatrice, a, dans le Droit pénal anglais et américain, *la vertu de supprimer les débats,* et peut ainsi mettre l'autoaccusateur à sa propre merci. Il existe donc, à ce point de vue spécial des conséquences de l'autoaccusation, comme sur tant d'autres points d'ailleurs, une grande différence entre la procédure anglaise et la nôtre (Obs. VII).

Sur ce point particulier, d'autres législations ont codifié des dispositions plus ou moins analogues à celles de la loi anglaise.

C'est ainsi que le Code de procédure criminelle espagnol (1882) contient l'article suivant (art. 694) :

« Si la poursuite ne comprend qu'un seul prévenu, et qu'il réponde affirmativement, le président du tribunal demandera à son défenseur s'il juge la continuation des débats nécessaire. Sur sa réponse négative, le tribunal prononcera la sentence dans les conditions exprimées par l'article 655. »

Le Code de procédure pénale allemand (1877) articule ainsi ce même point particulier :

Article 243. — « L'aveu de l'accusé ne dispensera pas le tribunal de recourir à l'administration de la preuve. »

Article 244. — « L'administration de la preuve comprendra l'audition des témoins et de tous les experts cités, ainsi que la production de tous les autres moyens de preuve. Toutefois, le tribunal pourra laisser de côté tel ou tel moyen de preuve, si le ministère public et l'accusé sont d'accord sur ce point. »

Par l'article 243, la procédure allemande, analogue à la nôtre, diffère beaucoup de la procédure anglaise ; mais, par l'article 244, elle se rapproche de cette dernière, en permettant au tribunal de *s'en rapporter, relativement à la question de culpabilité, exclusivement à l'aveu de l'accusé.*

Dans plusieurs législations étrangères, l'autodénonciation rétrospective d'un sujet acquitté, et venant se déclarer le véritable auteur du crime dont il a été proclamé innocent, peut entraîner une reprise de procédure : *l'aveu devient ici un fait nouveau, cause de révision.*

L'article 402 (4°) du Code de procédure pénale allemand déclare, en effet qu'il peut y avoir matière à nouvelle instruction et à la réouverture du procès, lorsque l'accusé, après son acquittement, aura fait, en justice ou extrajudiciairement, un aveu digne de foi relatif au fait punissable.

L'article 355 (2°) du Code d'instruction criminelle autrichien formule une procédure identique. Il en est de même dans la plupart des cantons suisses : Saint-Gall (§ 193), Lucerne (§ 236), Appenzell (§§ 92 et 93), Schaffouse (§§ 320 et 321), Zug (§ 2), Bâle (§ 128), Glarus (§ 148).

En Norwège (§ 415) et dans le canton de Zürich (§ 1100), la procédure pénale est, sur ce point, semblable à celle de l'Allemagne [1].

Relativement au rôle du juge d'instruction vis à vis du prévenu en général, et de l'autoaccusateur en particulier, lors des premières phases de l'information judiciaire, certaines législations étrangères formulent des dispositions fort sages, qui manquent à notre Code d'instruction criminelle. On en jugera par les articles suivants, dans

[1] Renseignements empruntés au traité déjà cité de G. Vidal.

lesquels j'ai noté en italique les passages spécialement intéressants pour l'autoaccusation :

Article 206 du Code d'instruction criminelle autrichien (1874) au titre : Interrogatoire de l'inculpé. « *Les aveux de l'inculpé ne dispen-* « *seront point le juge d'instruction du devoir d'arriver, autant que* « *possible, à la démonstration des faits.* Si l'aveu est général et « confirmé par les autres données de l'instruction, l'obligation de « procéder à de nouvelles investigations sera subordonnée aux réqui- « sitions de l'accusateur. »

Article 406 du Code de procédure criminelle espagnol (1882). — « *L'aveu du prévenu ne dispensera pas le juge d'instruction de se* « *livrer à tous les actes d'information nécessaires pour acquérir la* « *conviction de la sincérité de l'aveu et de l'existence du délit.* A cet « effet, *le juge d'instruction interrogera le prévenu qui aura avoué* « sur toutes les circonstances du délit de nature à *confirmer son* « *aveu.* Il lui demandera s'il a agi comme auteur ou comme complice: « *s'il peut désigner des personnes ayant assisté à la perpétration des* « *faits* ou en ayant eu connaissance. »

On chercherait vainement des dispositions semblables dans le Code d'instruction criminelle français (1808). Et c'est là d'ailleurs une des nombreuses lacunes de notre législation criminelle, relative aux devoirs du juge d'instruction. Celui-ci, tout à fait livré à lui-même, doit combler cette lacune dans la pratique de l'information ; et, en effet, il ne se contente jamais de l'aveu ; en vertu de sa mission, qui est de rechercher la vérité, à charge ou à décharge, il doit s'efforcer toujours d'établir la preuve, par ailleurs, de la sincérité des aveux, spontanés ou provoqués, et de démontrer ce qu'il y a de vrai ou de faux dans les déclarations du prévenu.

Pour terminer cet exposé sommaire de la situation de l'autoaccusateur devant la loi, il reste un point de détail intéressant à examiner : c'est la question de savoir si, dans certaines conditions, l'*autoaccusateur qui s'est faussement accusé n'encourt pas, du fait des fâcheuses conséquences de sa déclaration à la justice, une pénalité quelconque.* J'ai posé la question à M. le professeur Le Poittevin, qui m'a fait en substance la réponse suivante :

D'après les articles 222 et suivants du Code pénal, qui punissent l'outrage aux représentants de l'autorité administrative et judiciaire, constitue un outrage *le fait de la dénonciation, intentionnellement*

offensante, d'un *délit imaginaire,* adressée à l'autorité compétente. En l'espèce, le fait punissable ne gît pas dans la déclaration mensongère, mais dans *l'intention outrageante de déverser le ridicule sur l'autorité.* En pareil cas, si le fait de l'intention injurieuse est établi, une *pénalité peut être encourue par l'autoaccusateur.*

Cette responsabilité pénale serait d'ailleurs subordonnée à la question de la responsabilité médico-légale de l'autodénonciateur, appréciée dans une expertise.

Si, au contraire, le fait de l'injure intentionnelle faite aux autorités n'est pas établi, l'autoaccusateur n'encourt aucune pénalité, eût sa fausse déclaration mobilisé tout l'appareil administratif et judiciaire. D'intéressants exemples des divers cas de dénonciations de crimes imaginaires sont cités et commentés par Garraud, dans son *Traité théorique et pratique de Droit pénal.* (IIe édition, t. IV, no 1317).

*
* *

J'ai indiqué plus haut les conditions générales dans lesquelles se produit le fait médico-légal de l'autoaccusation, et les conséquences juridiques de l'acte de l'autodénonciation. Étant donnée la fréquence relative de l'autoaccusation, puisqu'il n'est pas de crime retentissant qui ne provoque une petite *épidémie d'autoaccusations,* et que, en dehors de ces paroxysmes épidémiques occasionnels, l'autoaccusation sévit en permanence, à l'état sporadique, chez de nombreux psychopathes, une conclusion s'impose. Oudard l'a formulée, dans sa thèse, en la proposition suivante :

« En présence d'un sujet qui se dénonce, il faut avant tout songer à la possibilité de la folie ; et, pour peu qu'il y ait des présomptions dans ce sens, le magistrat ne saurait mieux faire que de recourir à l'homme de l'art. ».

La nécessité de l'expertise médicale, fondée sur la nature presque toujours pathologique de l'autoaccusation, s'impose donc à l'instruction de toute affaire où figure un autodénonciateur.

Ce vœu n'est d'ailleurs que l'expression particulière, appliquée au cas des autoaccusateurs, d'une proposition plus générale, visant à l'application beaucoup plus fréquente et plus étendue de l'*expertise,* en matière de preuve, dans l'instruction judiciaire. Après avoir signalé, dans l'évolution du système probatoire, les quatre

phases distinctes, *primitive*, *religieuse*, *légale* et *sentimentale,* Ferri déclare qu'à la phase actuelle doit encore succéder une cinquième, la *phase scientifique,* fondée sur l'*expertise,* c'est-à-dire sur l'application rationnelle des données et des méthodes scientifiques, à la solution des problèmes de toute instruction criminelle.

Je ne veux pas entrer ici dans la discussion de cette doctrine de la valeur probante des expertises scientifiques, systématiquement appliquées aux problèmes de l'instruction criminelle ; néanmoins, même en émettant de sérieuses réserves sur le degré de la valeur probante, en matière psychiatrique, de telle ou telle méthode préconisée par Ferri dans son application, dite scientifique, à l'expertise ; on ne peut que souscrire à la conception générale du criminaliste italien, relative à l'évolution du système des preuves vers un avenir scientifique et positif; et proclamer, dans le cas particulier des autoaccusateurs, la nécessité d'une expertise médicale à la base des opérations de l'instruction.

Le problème qui se pose à l'expert est celui du *diagnostic* à établir. Ce diagnostic se déduira non pas tant de l'*étude du contenu de l'autoaccusation* que de l'*examen général, anamnestique et actuel, somatique et mental, de l'autoaccusateur*. Connaissant les états psychopathiques au cours desquels peut apparaître l'autoaccusation, le médecin aura vite classé l'autoaccusateur dans telle ou telle catégorie morbide ; de plus, l'étude de l'autoaccusation en elle-même, de son mode étiologique d'éclosion, de son mécanisme pathogénique, de son aspect clinique, de son contenu, oral ou écrit, de son allure évolutive, de ses concomitants somatiques ou psychologiques, etc., achèvera de préciser dans l'esprit de l'expert *le diagnostic du type pathologique de l'autoaccusateur*.

Les faits recueillis par l'enquête administrative et judiciaire, les données de l'instruction pourront être, pour l'expert, d'une certaine utilité; mais, en général, cet appoint d'information, d'importance accessoire, n'aboutit guère qu'à préciser le milieu où évolue le malade : le dossier de l'enquête fournit, à l'aide des éléments de la vie ambiante, le cadre, dans lequel vient se placer le portrait de l'autoaccusateur, qu'il appartient de tracer au seul aliéniste.

En effet, bien qu'importante, en général, à la conduite de l'expertise, la notion de la véracité ou de la fausseté des crimes révélés par l'autoaccusateur ne prime pas les notions recueillies par l'examen

médical ; ce qui domine le problème de l'expertise, ce n'est pas tant le caractère réel ou imaginaire du crime dont s'accuse le sujet, que le caractère, normal ou pathologique, de la mentalité de l'autoaccusateur. La notion de la réalité des faits criminels est de la compétence du magistrat instructeur ; celle de l'état mental de l'autoaccusateur relève de l'expert. Cette proposition est confirmée par l'étude de ces cas d'autoaccusation que Régis a groupés dans la quatrième catégorie de sa classification, et dans lesquels l'autoaccusateur s'accuse de crimes réellement commis par lui ; cependant, en pareil cas, l'autoaccusation, pour être consciente, volontaire et véridique dans son objet et son contenu, peut n'en être pas moins pathologique, soit dans son mobile étiologique, sa nature pathogénique et ses relations cliniques avec l'ensemble de la mentalité morbide de l'autoaccusateur (Obs. LVI), soit dans le grossissement maladif des faits révélés et l'aggravation volontaire de la culpabilité dont se charge l'autoaccusateur (Obs. XXXIX).

J'indique ici une observation démonstrative à cet égard ; elle appartient à Régis, qui a précisément insisté sur l'intérêt médico-légal complexe de ces autoaccusations vraies et volontaires, et cependant pathologiques.

OBSERVATION LVI

Autodénonciation, volontaire et raisonnée, de neuf incendies réellement commis, par un dégénéré hystérique et épileptique impulsif (fugues, incendies, excès de boisson, suicide, homicide), vagabond, déserteur, condamné par le Conseil de guerre, après une première expertise.

Enquête devant la justice civile. — Seconde expertise médico-légale. — Ordonnance de non-lieu. — Internement.

(LANDE, PITRES, RÉGIS. — Rapport médico-légal du 8 mars 1902, qu'il faut lire *in extenso* dans le récent ouvrage de Pitres et Régis sur les *Obsessions et Impulsions,* Paris, 1902.)

Il s'agit d'un jeune homme, Ra..., ayant dans ses antécédents héréditaires de l'alcoolisme et de la tuberculose, et dont toute l'histoire, depuis

sa première enfance jusqu'à l'époque de son examen médico-légal, n'a été qu'une suite d'irrégularités de conduite, de désordre dans les actes, de fugues impulsives, d'excès périodiques de boisson, de délits de toutes sortes. Vagabond incorrigible, indiscipliné, Ra..., au cours de sa vie errante, a allumé beaucoup d'incendies ; ses tendances pyromaniaques se sont révélées à un âge très précoce. Dans la colonie pénitentiaire où son père le fit enfermer jusqu'à vingt ans, au régiment, il a encouru toute la série des punitions possibles.

Sa dernière condamnation, à vingt ans de travaux forcés, a été prononcée par le Conseil de guerre, pour fugue, désertion et incendies volontaires ; le premier expert n'ayant vu dans Ra... qu'un simple hystérique à responsabilité atténuée.

Certains des incendies commis par Ra... ressortissant, vu leur date, à la justice civile, celui-ci fut réclamé par le parquet de Ribérac et de là transféré à Bordeaux, pour être examiné par MM. Lande, Pitres et Régis.

Ces trois experts établissent dans leur rapport, outre les antécédents plus haut énumérés de Ra..., l'existence chez lui d'accidents épileptiques et hystériques, d'impulsions continuelles, de nature dégénérative, conscientes, amnésiques, à la boisson, aux fugues, au suicide, à l'homicide, aux incendies, etc. Ils consacrent ensuite un intéressant chapitre de leur Rapport à l'étude de l'*autoaccusation* chez Ra...

Celui-ci s'est *dénoncé volontairement,* dans une lettre au juge d'instruction de Trévoux, comme étant l'auteur de neuf incendies qu'il rappelle exactement, alors que rien ne le forçait à cette révélation, puisqu'il n'était pas soupçonné coupable de ces forfaits. Voici, à titre de document intéressant, le texte même de la lettre d'autodénonciation :

« Montélimar, 13 mars 1901.

« MONSIEUR LE PROCUREUR,

« Ennuyé par toutes sortes de mauvaises idées, je ne peux m'empêcher pour le coup de garder pour moi les méfaits que j'ai causés. Est-ce le remords qui me fait agir ainsi ? Je n'en sais rien, mais je ne suis pas tranquille. Peut-être suis-je la cause de la mort de certaines personnes ou ai-je fait accuser ou soupçonner, peut-être condamner pour des faits dont moi seul j'en suis l'auteur. C'est-à-dire que pendant que j'ai déserté, l'esprit du mal m'a suivi, acharné comme un oiseau de proie, enfin, sous l'empire d'une hallucination, je prenais une allumette pour enflammer ce qui se trouvait devant moi : soit meules de paille, soit maison d'habitation ; donc principalement par mon souvenir aux endroits suivants : Villars, canton de l'Ain, du 4 au 5 octobre 1900, à Bourg, dans le faubourg, enfin dans trois endroits différents, dans la même contrée d'un jour à l'autre. Puis à Saint-Denis, petit village près de Sens (Yonne). Puis sur Saint-Quentin, des meules de fourrage, dans un faubourg de Cambrai, à une maison construite en chaume. Ensuite, entre Issoudun et Châteauroux, à un château tout près d'un passage à

niveau, puis sur la route nationale à un chaume environ de ces deux villes. Puis à la colonie de Jammelière, dans une grange, dans la Dordogne. Puis à la Roche-Chalais, canton de la Dordogne, dans une maison d'habitation. Puis entre Thouars et Saumur, à une ferme. Puis toutes sortes de méfaits, vols de lapins et de volailles et de vêtements. Tout cela du 2 août 1900 au 23 octobre 1900, jour que je fus arrêté.

« Et pressé sous l'impression de recommencer, qu'il vaut mieux me ligotter sans faire de nouvelles victimes. Je sais bien qu'on va me mettre en prison en vous disant ça : c'est un coup de biribi. Je m'attends à toutes sortes de tortures, tant de l'âme que de la moralité, avant celles du corps; mais qu'importe, s'il y a des innocents condamnés à ma place, il ne le faut pas. Vous ferez de moi ce que vous voudrez, mais si vous voulez m'avoir, ne tardez pas trop, car l'oiseau peut s'envoler à temps.

« Toute l'assurance du respect qui vous est dû, quoique de la part d'un être dépravé.

« Ra... André.

« P.-S. — De cette façon, j'ai fauté, je veux en être puni ; une fois la punition faite, je pourrai m'endormir tranquille. Vous pourrez faire de vif, ce serait presque le meilleur. C'est tout ce que je peux vous dire de plus ; en attendant, je dirai adieu à toutes les joies et les plaisirs du monde; mais pas à l'horreur, aux sortes de souffrances, ainsi qu'à toutes les infamies.

« Un dépossédé !

« Ra... André,
« au 52e, 1er bataillon, 3e compagnie. »

Et juste trois mois après, le 13 juin, Ra... écrit de nouveau au magistrat la lettre suivante, qui précise et complète la précédente :

« Trévoux, le 13 juin 1901.

« Monsieur,

« Dernièrement, j'ai reçu la visite d'un médecin-légiste en deux fois pour m'examiner. Dans quel but, sans doute pour constater si j'étais doué de toutes mes facultés mentales. Dans ce cas ou dans un autre, ce serait pour atténuer la gravité de ma situation, ou pour l'aggraver davantage. De là j'ai pensé que cela devait venir de ce que je vous ai fait part, mais qu'il en soit ainsi ou autrement, il ne faudrait pas croire que je cherche à me disculper, au contraire je trouve que je suis entièrement coupable et je dis que la peine qui me sera prononcée ne sera jamais assez forte ; du reste, j'ai bien l'intention que si toutefois la Cour d'assises se montrait indulgente, de me rendre justice. Me laisser vivre pour me donner la faculté de me livrer à de nouveaux forfaits, ce n'est pas la peine. Si je parle ainsi, c'est que parfois je me sens poussé à de mauvaises choses et quand ces idées noires seront trop fortes, j'agirai

infailliblement. Du reste, je ne comprends pas que l'on m'épargne, moi qui ne crains pas de retrancher la vie à d'autres.

« Maintenant, je serais désireux de savoir si je passerai aux premières assises et si tous mes faits passeront ensemble.

« Dans un moment de raisonnement, veuillez agréer, Monsieur le Juge d'Instruction, tout le respect qui vous est dû. »

Les faits dont s'accuse Ra... ont été tous reconnus exacts.

Les trois experts concluent à l'irresponsabilité de Ra..., dégénéré impulsif dangereux, et à la nécessité de son internement.

Cette intéressante observation met bien en lumière l'existence de cette variété d'autodénonciation dans laquelle l'autoaccusateur révèle des crimes réellement commis par lui, parfois en se chargeant, en grossissant les faits, en tout cas, sans que rien l'oblige à aller ainsi au delà du châtiment et à se livrer à la justice. Quelques-uns de ces autoaccusateurs volontaires et conscients sont incités à leur acte par le remords, comme Marie Michel dans l'affaire de la Blancarde ; d'autres par le désir de s'empêcher dorénavant de nuire, ce qui paraît être le cas de R... ; d'autres par forfanterie vaniteuse, par gloriole, etc. (Régis).

Quel que soit le mobile de ce genre d'autoaccusation, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître souvent une sorte de caractère impulsif. L'impulsion qui, auparavant, a présidé à l'exécution du crime, détermine ensuite l'autodénonciation.

*
* *

L'étude critique et comparée des observations qui figurent dans ce mémoire aboutit à des résultats statistiques très instructifs, et permet de formuler quelques conclusions cliniques et médico-légales intéressantes.

La catégorie psychiatrique qui fournit la plus haute proportion d'autoaccusateurs est celle des *psychoses toxiques* (alcoolisme, fièvre typhoïde, états oniriques d'étiologie variée). 25 cas sur 60 observations : 16 alcooliques, 5 typhiques, 4 divers.

Ensuite, le plus fort contingent d'autoaccusateurs est atteint par les diverses formes de la *dégénérescence mentale :* 15 observations, dont plusieurs concernent des dégénérés alcooliques.

Au-dessous de ces deux catégories figurent les *états mélancoliques* (10 observations), puis l'*hystérie* et enfin les *états démentiels*.

Ces proportions sont établies sur une base très générale : ainsi, beaucoup d'alcooliques ne deviennent autoaccusateurs que parce qu'ils sont en même temps des dégénérés ; et, parmi les dégénérés, un bon nombre ne deviennent autoaccusateurs que sous l'influence de l'appoint alcoolique. Il existe encore, dans chaque cas, beaucoup d'autres *associations pathogéniques* qui compliquent le problème de l'étiologie de l'autoaccusation. Néanmoins, quand on prend pour chaque cas, comme critère de classification, l'élément dont l'étiologie et la clinique démontrent la prépondérance, on arrive à établir, dans la famille hétérogène des autoaccusateurs, certains groupements généraux dont la distinction semble légitime et intéressante. La *nature des crimes et délits* révélés par les autoaccusateurs est la suivante :

Sur 60 autoaccusations, 40 concernent des *assassinats divers* (infanticides, uxoricides, fratricides, meurtres d'hommes politiques, de femmes galantes, etc.).

Les autres se partagent entre des *crimes variés* (adultères, vols, incendies, complots, etc.).

Le rapport qui existe entre la variété étiologique des autoaccusateurs et la variété médico-légale des autoaccusations est plus intéressant à établir.

Les *autoaccusateurs alcooliques,* dans la proportion de 13 sur 16, ont accusé des *assassinats,* et cette proportion se hausse encore, si l'on fait entrer en ligne de compte les déséquilibrés qui se dénoncent sous l'influence de l'appoint alcoolique. Ces assassinats de l'autoaccusation alcoolique sont tous commis par des hommes, dans des circonstances tragiques, rapides, silencieuses, portent sur des proches parents antipathiques, des personnages politiques détestés, des victimes de *crimes réels retentissants* qui défraient la chronique de l'actualité, les femmes galantes surtout; presque tous ces crimes sont accomplis *à l'arme blanche,* avec un couteau de boucher, un rasoir, s'accompagnent de *jets de sang* effrayants et de *souillures sanglantes* persistantes sur les mains des assassins. Quelques-uns de ces assassinats sont perpétrés à coups de *revolver*.

Le petit nombre des autoaccusateurs alcooliques non meurtriers accusent des vols, des complots ourdis dans des circonstances à la

fois dramatiques et cocasses, portant bien le cachet tragi-comique et absurde du cauchemar.

Les *autoaccusatrices mélancoliques* (ce sont, 9 fois sur 10, des femmes) s'accusent de meurtres particuliers : presque toujours des *infanticides,* parfois, mais rarement, des *uxoricides* ou des *fratricides.* L'infanticide est commis par étouffement, par noyade, par empoisonnement ; jamais à l'arme blanche, dont l'emploi répugne aux femmes.

Les *autoaccusateurs dégénérés n'ont pas d'électivité saisissable* dans leurs aptitudes criminelles : leurs fautes sont aussi variées que leurs personnalités pathologiques. Le roman de l'autoaccusation du déséquilibré est une histoire toujours personnelle, impossible à superposer à une autre accusation.

Les *autoaccusateurs hystériques* s'accusent souvent d'*adultères,* d'attentats à la pudeur. Les *anciennes sorcières,* parmi lesquelles figuraient beaucoup d'hystériques, s'avouaient coupables de crimes de *sorcellerie,* de sodomie, d'empoisonnement, etc.

Au point de vue strictement médico-légal, sur environ 60 autoaccusations réunies dans ce mémoire, 40 concernent des *crimes inexistants,* complètement imaginaires. Parmi ces 40 autoaccusations purement imaginaires, quelques-unes, émises par des mélancoliques, avaient, comme cause occasionnelle de détermination de la faute, la mort réelle, mais naturelle, d'un enfant.

L'irréalité de beaucoup de ces crimes imaginaires n'est, d'ailleurs, établie qu'après un commencement d'enquête qui démontre, par exemple, le bon état de santé de la prétendue victime de l'autoaccusateur. Et ce n'est qu'après ce début d'information que l'autodénonciateur, soupçonné aliéné, est relâché ou dirigé, à Paris, sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Les autoaccusateurs de crimes inexistants forment la première catégorie de Régis.

Les autres autoaccusations concernant des crimes réels se divisent, à peu près par moitié, en deux catégories : celle des *crimes réels qu'il est manifestement impossible d'imputer à l'autoaccusateur,* et celle des *crimes réels imputables à l'autoaccusateur* (2e et 3e catégories de Régis).

Il est, enfin, une quatrième catégorie (Régis) d'*autoaccusations de crimes réellement commis par ceux qui s'en accusent,* mais déme-

surément *grossis ou chargés* par leurs autodénonciateurs, ou *avoués sous l'influence d'impulsions,* variées dans leur mobile, par des psychopathes peu ou point responsables de leur conduite, dans le crime passé et dans la dénonciation présente.

Les conséquences administratives et judiciaires des autoaccusations varient beaucoup, suivant les cas. Dans la majorité des cas, une *enquête, policière ou judiciaire,* a lieu, qui aboutit rapidement à la démonstration du néant des faits délictueux ou criminels révélés et au soupçon de l'aliénation mentale chez l'autoaccusateur.

Cette enquête a généralement pour résultat soit un *non-lieu,* soit un rapide *élargissement* de l'autodénonciateur. A Paris, elle aboutit presque toujours à *l'envoi à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de l'autoaccusateur* par le commissaire de police, confident habituel et dépositaire des révélations autoaccusatrices.

A l'Infirmerie se pose *le problème pratique de la décision médico-légale rapide à prendre,* vis-à-vis de l'autoaccusateur. Lorsqu'il s'agit d'un état mélancolique délirant ou d'une psychose dégénérative, avec autoaccusation, la mesure qui s'impose est celle de l'*internement*. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'un *délire onirique*, le plus souvent d'origine *alcoolique*, il est indiqué de *prolonger quelques jours l'observation du malade,* d'attendre ainsi l'effacement, en général rapide, du rêve morbide, au sortir duquel l'autoaccusateur, conscient de la nature pathologique de ses déclarations, toujours étonné et parfois honteux et confus de son aventure, se ressaisit, reprend conscience de la réalité et *peut être sans danger rendu à la liberté.* En se fondant sur la rapidité d'évolution et la bénignité de pronostic de ces autoaccusations oniriques, M. Garnier épargne ainsi, tous les ans, à de nombreux psychopathes épisodiques, la mesure relativement grave de l'internement avec toutes ses fâcheuses conséquences familiales, professionnelles et sociales. A ces *délires transitoires* convient donc *la mesure d'attente, de la mise en observation temporaire* du malade.

Lorsque le délire d'autoaccusation onirique est sous la dépendance d'une *infection* en évolution (fièvre typhoïde, etc.) ou d'une *autointoxication* (surmenage, urémie, etc.), la mesure qui s'impose est celle de l'*envoi du malade à l'hôpital,* avec recommandation d'une surveillance spéciale à exercer par le personnel sur le malade, avant l'arrivée du chef du service.

C'est pour les malades de cette catégorie que s'impose *la création, dans les hôpitaux, d'un local spécial* destiné au traitement, dans de bonnes conditions d'isolement et de surveillance, de ces *délirants transitoires* non justiciables de l'asile, où les envoient, trop vite et trop facilement, les médecins insuffisamment instruits de la fréquence et des allures de ces psychopathies aiguës, passagères et curables [1].

Dans une autre série de cas, concernant certains *autoaccusateurs dégénérés, non délirants, menteurs* par intérêt ou par vanité, la mesure qui convient est celle de la *mise en liberté* de l'autoaccusateur, qu'on rend à sa famille ou à son entourage, avec les commentaires, oraux ou écrits, qui conviennent à chaque cas : ceux-ci, sous forme de certificat ou de simple conversation, sont destinés à édifier l'autoaccusateur sur le résultat de ses déclarations et à éclairer sur les tendances de celui-ci les autorités administratives ou l'entourage de l'autoaccusateur.

Certains autoaccusateurs, à la suite d'un concours de circonstances particulières, à cause de la nature de leurs révélations, souvent rétrospectives, accomplissent, au cours des étapes judiciaires, une odyssée médico-légale beaucoup plus longue. Certains de ces malheureux ont été, sur leurs aveux délirants, condamnés sans expertise médicale (Obs. VII). D'autres, également condamnés sans expertise, n'ont dû la révision de leur procès et leur tardive réhabilitation qu'à la suite de l'aveu du vrai coupable (Obs. XL). Un malade, par l'autoaccusation délirante qu'il émet en pleine fièvre typhoïde, provoque la reprise d'une enquête judiciaire déjà close contre lui et ne doit son salut qu'à l'intervention de l'expert (Observation XLIII).

Deux autres, condamnés par la justice militaire, ne doivent le bénéfice du non-lieu et de l'internement qu'à l'expertise médicale, provoquée par la justice civile (Obs. XIII et LVI).

Dans deux autres cas, deux mélancoliques ne sont acquittées des crimes (infanticide, uxoricide) dont elles s'accusent, que grâce à l'expertise (Obs. II et XIX.)

Un autoaccusateur, qui avoue faire partie d'une association de contrefacteurs, met sur pied toute la police et sème l'émoi dans toute

[1] LE GENDRE, JOFFROY, DUPRÉ. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1901.

la haute société d'une grande ville. L'expertise donne comme épilogue à tout ce drame l'internement de son auteur (Obs. XVI).

Dans les observations IX et X, de laborieuses enquêtes judiciaires ont précédé l'expertise médicale.

Dans un autre cas, une autoaccusation hystérique d'adultère provoque, de la part du mari, une demande de divorce, une plainte contre un médecin innocent et nécessite une très longue enquête, à la suite de laquelle fut démontré le néant de l'autoaccusation (Obs. LIV).

Je ne rappelle enfin ici que pour mémoire les *hécatombes d'autoaccusateurs* qui signalèrent les grands procès de sorcellerie des XVe, XVIe et XVIIe siècles. Mais ces faits appartiennent, non pas à l'histoire, mais à la préhistoire médico-légale des autoaccusateurs.

L'*autoaccusation chez les prisonniers* mériterait une étude spéciale. On sait que l'incarcération, surtout sous forme cellulaire, et que le régime pénitentiaire peuvent provoquer, chez les prédisposés, des perturbations psychiques à début parfois aigu et à développement rapide (Obs. LVII).

Au cours de ces accès psychopathiques, de forme fréquemment mélancolique ou maniaque, peuvent apparaître des idées d'autoaccusation, portant sur l'objet des préoccupations du prisonnier, c'est-à-dire sur le motif même de la prévention.

L'observation I est un exemple d'autoaccusation à forme mélancolique développée sous la double influence de l'arrestation et de l'incarcération préventive d'une innocente. L'observation qui relate l'autoaccusation historique du prêtre Louis Gaufridi, emprisonné sur la délation des hystériques du couvent de Sainte-Ursule, à Aix, peut être proposée comme le type de ces innombrables autodénonciations commises par les inculpés de crimes de sorcellerie, dans leur prison ou devant le tribunal (page 107).

Voici, enfin, une observation classique d'autoaccusation d'un prisonnier, que j'emprunte à Legrand du Saulle :

OBSERVATION LVII

Autodénonciation délirante d'un assassinat, commise, pendant sa détention préventive, sous l'influence d'un accès maniaque temporaire, probablement alcoolique, par un prisonnier. — Examen médico-légal. — Acquittement.

(LEGRAND DU SAULLE. — *Traité de Médecine légale,* p. 750.)

Ignace W... *est accusé d'avoir tué un garde forestier*, probablement au moment où ce dernier dressait contre lui un procès-verbal. Il n'existe contre l'accusé que des charges assez insignifiantes. *Quelques semaines après son incarcération, il devient aliéné et fait spontanément des aveux formels.* Il a alors des *hallucinations* et ne parle que de *sang versé* et de guillotine. Il entend le pas des gendarmes qui viennent pour l'arrêter. « *J'ai porté le coup,* s'écrie-t-il, *j'en fais l'aveu;* maintenant, laissez-moi tranquille. » Puis, l'exaspération croissant jusqu'à la fureur, il hurle, il vocifère, frappe et mord ; on est obligé de lui mettre la camisole de force.

Quand cet homme revient au bout de quelque temps à la *raison,* il n'a pas d'expressions assez énergiques pour *protester de son innocence* et pour éloigner les redoutables soupçons qui planent sur sa tête.

Ignace portait en lui une *prédisposition* à l'aliénation mentale ; il passait dans sa commune pour avoir des manières bizarres ; on lui avait même donné le surnom de *boulanger fou.*

Le Dr Dagonet, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, fut consulté par le défenseur.

Ignace W... fut *acquitté.*

OBSERVATION LVIII

Autoaccusation délirante de désertion, par un dégénéré alcoolique, mélancolique, militaire récemment réformé pour troubles mentaux. — Enquête. — Non-lieu.

(A. MARIE. — Observation inédite, obligeamment communiquée, très résumée.)

J., vingt-trois ans, célibataire, livreur, *se constitue prisonnier et demande à passer au Conseil de guerre, en s'accusant d'avoir déserté* d'un régiment d'infanterie d'une garnison de l'Ouest. Arrêté, il est l'objet d'une enquête qui l'écarte du Conseil de guerre comme non déserteur. *Soumis à l'examen médical, il est reconnu atteint de mélancolie et interné à l'asile.* Quelques mois auparavant, J... avait été *réformé pour troubles mentaux* et il paraît très probable que l'*appareil militaire du Conseil de réforme* avait dû être déjà interprété par le malade, dans son délire, comme une sorte de *tribunal militaire, réuni pour juger des fautes imaginaires* dont il s'accusait.

D'après les certificats successifs d'internement, d'admission, de quinzaine, le malade présenta à l'asile une première phase de délire mélancolique anxieux, avec panophobie, sitiophobie, tentative de suicide, etc., puis une seconde phase d'excitation psychique avec idées incohérentes de grandeur; l'existence d'hallucinations terrifiantes, de tremblement des doigts, etc., décélèrent l'*appoint alcoolique*. Enfin, dans une troisième phase, apparut une éruption miliaire cutanée, généralisée, avec fièvre, qui provoqua, dans la sphère psychique, de la confusion mentale, de l'insomnie, des idées délirantes polymorphes, avec accalmie relative dans l'excitation intellectuelle (10 juillet 1902).

Cette observation, jointe aux observations XIII et LVI, montre l'*intérêt médico-légal de l'autoaccusation devant la justice militaire.* La dégénérescence mentale, l'alcoolisme, la démence précoce, sans compter les facteurs étiologiques occasionnels (surmenage, infection, changement de vie, nostalgie, etc.), représentent, chez les jeunes soldats, les causes fréquentes de manifestations psychopathiques, parmi lesquelles on doit observer parfois l'autoaccusation. Je ne puis aborder, faute de documents, l'étude de ce point particulier. Je me bornerai seulement à indiquer ici l'intérêt clinique et médico-légal de la question des *autoaccusateurs dans l'armée et devant les tribunaux militaires.*

* * *

Une remarque s'impose, à la fin de cette revue statistique de l'histoire médico-légale des autoaccusateurs, c'est l'extrême *rareté de l'autodénonciation chez les enfants*. Ceux-ci, dont l'aptitude au mensonge est classique en médecine légale, n'exercent guère leurs dangereuses dispositions imaginatives que dans le domaine de l'hétéroaccusation. La seule observation d'autoaccusation infantile que

je donne n'est d'ailleurs pas un cas pur : c'est un exemple d'autohétéroaccusation, analogue aux accusations mixtes des hystériques.

La rareté de l'autoaccusation dans *l'enfance* s'explique naturellement par l'extrême rareté, à cet âge, des principaux facteurs étiologiques de l'autoaccusation (états mélancoliques, alcoolisme) et par la nature même des tendances égoïstes et méchantes de l'enfant, dont la fertilité inventive et mensongère, fécondée souvent par la suggestion, s'exerce bien contre autrui, mais presque jamais contre lui-même.

L'adolescent débile ne devient autoaccusateur, en effet, que par vanité, par malice ou par intérêt ; ce sont alors les vices de l'adulte naissant, qui, servis à cet âge de transition par l'imagination mensongère de l'enfant qui persiste, aboutissent à l'autoaccusation des jeunes dégénérés.

IV

CONCLUSIONS

L'histoire des autoaccusateurs est actuellement assez riche en documents, d'ordre clinique et médico-légal, pour se prêter à une étude d'ensemble, d'un haut intérêt théorique et pratique pour le psychologue, le médecin et le magistrat.

Cette étude d'ensemble a été exposée en deux parties : la première, d'ordre clinique, est consacrée à la définition de l'idée et du délire d'autoaccusation ; à la conception et au classement nosologique du syndrome ; à l'énumération successive des divers états pathologiques au cours desquels il apparaît ; à l'analyse des circonstances étiologiques, du mécanisme pathogénique, des allures cliniques et évolutives qui, dans chacun de ces états morbides, caractérisent l'idée d'autoaccusation. La seconde partie, d'ordre médico-légal, consacrée à l'exposition des conséquences pratiques, dans les domaines judiciaire et administratif, de l'idée d'autoaccusation, comprend l'étude de la situation de l'autoaccusateur vis-à-vis de la loi ; de la valeur probante de l'aveu dans les législations française et étrangère, et des conséquences des autodénonciations postérieures aux arrêts judiciaires. Ce chapitre se termine par l'exposé de la conduite de l'expert vis-à-vis de l'autoaccusateur, et l'énoncé des conclusions statistiques médico-légales qui se dégagent de l'étude comparée des observations d'autoaccusateurs.

La partie étiologique et clinique, qui constitue l'indispensable introduction à l'histoire médico-légale du sujet, comprend l'étude analytique et descriptive, fondée sur l'étude des observations, des grands types d'autoaccusateurs, successivement considérés, selon

leur origine étiologique, dans les états mélancoliques, dans la dégénérescence mentale, dans les psychoses toxiques, dans les états démentiels et dans les états névropsychopathiques.

Au début de cette étude s'impose une définition claire et précise du terme *autoaccusateur*. Dans le langage de la psychiatrie clinique, le terme autoaccusateur s'applique non seulement au sujet qui avoue avoir commis un crime déterminé, dont il relate, avec des détails circonstanciés, le lieu, l'heure et l'exécution, mais encore au malade qui porte sur lui-même un jugement défavorable, qui se déprécie, parle de sa déchéance physique et morale et exprime des idées générales d'incapacité, d'indignité, de culpabilité et de remords. Dans le langage de la psychiatrie médico-légale, le terme « autoaccusateur » a une signification beaucoup plus étroite : il s'applique seulement au sujet qui, délirant ou lucide, sincère ou menteur, halluciné ou raisonnant, mû par un sentiment pathologique ou par un mobile intéressé, *s'accuse* dans un *acte,* provoqué ou spontané, direct ou indirect, verbal ou écrit, d'*autodénonciation vis-à-vis des autorités administratives ou judiciaires.* Cette distinction entre les deux acceptions, médicale et juridique, du vocable autoaccusation, sur laquelle a judicieusement insisté Régis, établit nettement les rapports réciproques des deux domaines, clinique et médico-légal, de l'autoaccusation. L'histoire psychopathologique de l'autoaccusation comprend en effet toutes les modalités du délire de culpabilité des mélancoliques, toutes les variétés des idées délirantes, obsédantes ou simplement vaniteuses impulsives, d'autoaccusation des dégénérés, tous les romans hallucinatoires et oniriques de criminalité imaginaire des alcooliques et des hystériques, toutes les conceptions épisodiques de même nature des déments ; tandis que l'histoire médico-légale des autoaccusateurs étudie, parmi tous ces différents types, ceux qui, franchissant les limites du délire platonique de culpabilité, ou même n'ayant jamais été délirants, *passent à l'acte de l'autodénonciation,* en se déclarant les auteurs de délits ou de crimes dont ils doivent rendre compte à la justice. *En médecine légale, autoaccusation est donc synonyme d'autodénonciation.*

L'autoaccusation chez les mélancoliques procède, directement, des malaises cénesthésiques, de l'inhibition psychique et de la douleur morale qui constituent le substratum pathogénique du délire mélan-

colique. Ce délire, qui affecte d'abord la forme d'idées de culpabilité générale, diffuse, peut, en vertu de processus automatiques, d'inférence logique et de déduction raisonnante, évoluer vers un délire de culpabilité précise, qui s'affirme nettement devant la conscience, dans la représentation claire d'une faute déterminée. Les éléments qui déterminent ainsi avec précision le crime commis sont empruntés soit à l'interprétation morbide de coïncidences extérieures, soit au souvenir et au grossissement hypertrophique de menues peccadilles passées, soit à la culture d'une idée fixe postonirique, soit à l'attribution personnelle, directe ou indirecte, de malheurs, de catastrophes ou de crimes, dont le mélancolique assume la responsabilité. Lorsque, par un mécanisme variable, a pris corps dans l'espace et dans le temps, et s'est précisée dans son objet, l'idée d'une culpabilité déterminée, *le mélancolique de coupable devient autoaccusateur*. La plupart des mélancoliques autoaccusateurs, ne dépassant pas ce stade d'évolution délirante, restent ainsi platoniques dans leurs idées d'autoaccusation. Quelques-uns d'entre eux vont plus loin et de l'idée passent à l'acte. *D'autoaccusateurs platoniques ils deviennent autodénonciateurs* et entrent ainsi, par une intervention active auprès des autorités, de plain pied dans le domaine médico-légal du délire mélancolique d'autoaccusation. Cette évolution logique du mélancolique, de la culpabilité diffuse à la culpabilité précise ou autoaccusation, et de l'idée platonique d'autoaccusation à l'acte de l'autodénonciation, rappelle de loin l'évolution médico-légale du persécuté, qui passe ainsi de l'inquiétude vague à la persécution précise, et de l'idée inoffensive de persécution passive à l'acte justicier de la défense ou de la vengeance. Dans les deux cas, le passage de l'aliéné du domaine clinique au domaine médico-légal du délire, est marqué par l'acte social, qui apparaît comme le produit logique de la croyance du malade.

Cette évolution du délire mélancolique d'autoaccusation vers sa phase médico-légale, peut se résumer par les termes de la filiation chronologique suivante :

1. État mélancolique.
2. Délire de culpabilité diffuse.
3. Autoaccusation précise, mais passive et platonique.
4. Autodénonciation active.

Presque tous les mélancoliques réalisent le deuxième état ; beaucoup atteignent le troisième ; une infime minorité seulement arrivent jusqu'au quatrième terme. *Ceux-là seulement sont les autoaccusateurs mélancoliques médico-légaux.*

Presque tous ces malades sont des femmes et la plupart s'accusent de crimes, surtout d'infanticides.

L'autoaccusation, chez les dégénérés, est extrêmement fréquente. Je l'étudie successivement dans la débilité et la déséquilibration mentales, au cours des obsessions, enfin dans les différentes variétés de paranoïas dégénératives.

J'envisage ensuite les associations des autres facteurs étiologiques avec la dégénérescence mentale, dans la pathogénie de l'idée d'autoaccusation.

Les dégénérés inférieurs, débiles et déséquilibrés, constituent, dans la foule hétérogène des autoaccusateurs, une catégorie bien spéciale, riche en types très divers et très curieux. Chacun d'eux, dans le roman criminel dont il s'improvise le héros, joue le rôle d'un personnage parfois troublant pour le magistrat instructeur, souvent énigmatique pour le psychologue, toujours intéressant pour le médecin.

A l'inverse des autoaccusateurs mélancoliques, qui sont délirants, sincères, anxieux et repentants, les autoaccusateurs dégénérés sont presque toujours lucides, conscients, menteurs, indifférents ou glorieux. A l'inverse des mélancoliques qui ont tous, dans l'uniformité de leur délire, un air de famille, les dégénérés sont tous différents les uns des autres et offrent, dans leur autoaccusation, la physionomie clinique la plus variable et la plus individuelle; l'histoire de chacun d'eux est un roman toujours nouveau.

Parmi ces dégénérés autoaccusateurs on peut distinguer plusieurs types :

Les débiles intellectuels simples, se dénonçant sous la seule incitation d'une suggestion impulsive, à la suite d'une lecture, d'une conversation, d'un rêve : c'est l'autoaccusation par réflexe psychique élémentaire, sans racines ni relations associatives dans la mentalité, sans préparation comme sans portée.

Les débiles intellectuels vaniteux, se dénonçant par besoin de mensonge et surtout par appétit de gloriole, par vanité, par désir de se mettre en scène, de faire parler d'eux. Chez ces malades, le roman

de l'autoaccusation est un peu plus solide et plus vraisemblable que chez les débiles précédents.

Les débiles moraux, égoïstes, mystificateurs et pervertis instinctifs, mettent au service de leurs mauvais appétits l'acte prémédité de l'autodénonciation mensongère et consciente : c'est ici un calcul intéressé, joint à l'appétit du mensonge et à l'imbécillité morale, qui échafaude un roman criminel imaginaire, dont l'autoaccusateur veut paraître le héros intéressant, pour en devenir indirectement le bénéficiaire intéressé.

Les obsédés peuvent présenter des idées obsédantes d'autoaccusation, consécutives elles-mêmes à des obsessions-impulsions criminelles. Le malade, douteur et anxieux, se demande s'il a réellement commis le crime dont il a cultivé l'idée, et arrive à se croire réellement coupable.

Les dégénérés paranoïaques qui formulent des idées d'autoaccusation sont les autoaccusateurs systématiques primitifs (Séglas) et les persécutés autoaccusateurs, étudiés surtout par Ballet, Séglas, Lalanne, chez qui s'associent les deux délires de persécution et d'autoaccusation : en pareil cas, les états de mélancolie, d'hypochondrie et d'obsession orientent et compliquent le processus psychopathique en cause. Ces autoaccusateurs délirants peuvent intéresser le médecin légiste par leurs tentatives de suicide, et leurs tendances aux automutilations et à la poursuite obstinée de l'intervention chirurgicale. En dehors de ces épisodes, ces dégénérés délirants autoaccusateurs n'ont pas d'intérêt médico-légal.

Chez tous les dégénérés autoaccusateurs, particulièrement chez certains persécutés autoaccusateurs alcooliques (Roubinowitch) et surtout chez les débiles et les déséquilibrés, les associations morbides les plus diverses (alcoolisme, hystérie, épilepsie, infections, surmenage, etc.) peuvent intervenir dans les moments étiologiques comme dans les modalités cliniques de l'autoaccusation. Le facteur étiologique le plus fréquemment surajouté est l'alcoolisme. L'appoint toxique pousse alors le débile à l'acte de l'autodénonciation, en excitant l'automatisme psychologique, en affaiblissant le pouvoir d'inhibition et en intervenant aussi, par l'intermédiaire du délire onirique, dans un procès morbide dont on entrevoit la complexité étiologique.

L'autoaccusation chez les alcooliques présente, à cause de sa fré-

quence, de son mécanisme pathogénique et de son évolution clinique, le plus grand intérêt. On l'observe toujours chez des hommes, adultes, intoxiqués d'assez longue date, sous l'influence d'un excès massif de boissons ou d'un surmenage récent, d'une infection ou d'une intoxication, éléments épisodiques surajoutés à l'alcoolisme chronique.

L'autoaccusation représente une des formes délirantes de l'ivresse psychique, qu'on observe, parmi les prédisposés, chez les individus imaginatifs (P. Garnier).

D'origine hallucinatoire, de nature onirique, le délire évolue autour d'une idée fixe qui survit au rêve morbide (Régis) et qui évolue, pendant quelques heures ou quelques jours, sur un fond d'amnésie, d'obnubilation et de confusion mentales, en imposant au malade la conviction qu'il vient de commettre un crime sanglant, sauvage, dont les éléments (victime, cadre de l'action, etc.) sont empruntés à sa vie ordinaire (meurtre d'une parente), à ses lectures (crime de l'actualité), à ses préoccupations (assassinat politique). Le drame onirique, saisissant de vie hallucinatoire et souvent de tragique horreur, détermine chez le malade les réactions les plus intéressantes dans leur sincérité et leur mimique.

La survie de l'idée fixe de culpabilité est presque toujours éphémère, et le délire d'autoaccusation d'origine toxique s'efface en quelques jours, à travers des phases oscillantes et irrégulières de conviction délirante et de lucidité consciente, au terme desquelles le malade se ressaisit complètement.

L'autoaccusation des psychoses toxiques s'observe également chez les typhiques; dans les états d'inanition et dans certaines crises oniriques d'étiologie imprécise, mais certainement de nature toxique.

L'intérêt médico-légal de l'autoaccusation d'origine toxique se tire de la fréquence de ces situations pathologiques, où se pose le problème de la mesure à prendre vis-à-vis de l'autoaccusateur. Celui-ci, délirant transitoire, ne doit presque jamais être interné à l'asile : une courte période de mise en observation suffira le plus souvent pour juger cette crise psychopathique temporaire et curable, permettre la mise en liberté de l'autoaccusateur et épargner au malade les fâcheuses conséquences de l'internement.

L'autoaccusation chez les hystériques, extrêmement rare, relativement à l'hétéroaccusation, s'associe parfois à celle-ci dans un

complexus d'autohétéroaccusation, visant des fautes d'ordre sexuel (attentats, adultères, etc.). Elle s'observe chez les femmes et peut entraîner de fâcheuses conséquences.

A propos de l'autoaccusation chez les hystériques, on doit, dans une histoire médico-légale des autoaccusateurs, accorder une mention rétrospective aux crimes imaginaires d'avortement, de viol, d'empoisonnement, de sodomie, d'inceste, d'adultère, etc., avoués spontanément et souvent sans l'intervention de la torture, par les sorcières et leurs complices, devant les tribunaux des grands procès de sorcellerie des xve, xvie et xviie siècles. Ces malheureuses et irresponsables victimes d'une époque ignorante et d'une procédure barbare, atteintes d'hystérie, de débilité mentale et des diverses formes démonopathiques du délire de possession, représentent une innombrable théorie d'autoaccusateurs, dont l'histoire médico-légale n'est qu'un long et instructif martyrologe.

L'autoaccusation chez les épileptiques peut dériver des tentatives d'explication faites par le malade, au sortir de son accès, pour justifier le crime qu'il vient de commettre dans l'inconscience de son délire.

L'autoaccusation épisodique chez certains déments n'a pas d'histoire médico-légale.

*
* *

La situation créée vis-à-vis de lui-même et des autorités par l'autoaccusateur, au moment et par le fait de son aveu, varie beaucoup suivant le contenu de l'autoaccusation. A ce propos, la division très claire et très simple, proposée par Régis, des différentes situations médico-légales créées par les autoaccusateurs est un modèle de sériation pratique des faits, classés d'après leur importance judiciaire. Cette classification, qui embrasse sous ses quatre chefs toutes les éventualités possibles de l'autoaccusation, comprend les cas où un individu s'accuse :

1° D'un crime inexistant ;

2° D'un crime réel, mais inimputable à l'autoaccusateur ;

3° D'un crime réel et imputable à l'autoaccusateur ;

4° D'un crime réellement commis par lui, mais grossi et aggravé par la déposition ou avoué sans sollicitation extérieure, sous des influences pathologiques, généralement d'ordre impulsif ; parfois sous l'influence du remords.

Toute autoaccusation pose un double problème, l'un judiciaire, au magistrat instructeur, l'autre médical, à l'expert. Le premier problème, démonstration de la réalité ou de l'imputabilité du crime, se pose presque toujours avant le second : démonstration de l'état d'aliénation ou de non-aliénation de l'autoaccusateur.

Les conditions dans lesquelles se pose le problème judiciaire dépendent en partie du mode de l'autodénonciation, verbale ou écrite, adressée aux commissaires de police, aux gendarmes, au Parquet, etc. Ces conditions imposent souvent aux magistrats instructeurs l'hypothèse de la folie chez l'autoaccusateur. Celui-ci, élargi ou dirigé sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt, à Paris, est soumis, dans ce dernier cas, à l'examen d'un aliéniste, devant lequel alors se pose le problème médical de l'autoaccusation.

Dans d'autres cas, une enquête est ouverte et, avant l'intervention de l'expert, une instruction est commencée.

Cette enquête aboutit, suivant la conviction du juge d'instruction, à un non-lieu ou à une ordonnance de renvoi devant le tribunal compétent. L'expertise médico-légale peut ainsi intervenir aux trois phases de la procédure criminelle : celle de l'action de la police judiciaire, celle de l'enquête du juge d'instruction et, enfin, celle des opérations du tribunal. En l'absence d'expertise médico-légale, le problème de l'autoaccusation reste dans le domaine judiciaire et peut comporter alors, suivant les différentes législations, des solutions juridiques intéressantes à considérer.

L'étendue de cette question comprend l'examen de la valeur probante et de l'évolution juridique et historique de l'aveu (système des preuves légales, des preuves morales d'intime conviction) ; l'examen des conséquences des autoaccusations postérieures aux arrêts judiciaires ; l'interprétation de la loi du 9 juin 1895, relative à l'introduction du fait nouveau, en matière de révision ; la notion de l'impossibilité de cette révision contre l'individu acquitté, au cas où celui-ci viendrait, autoaccusateur rétrospectif, se déclarer coupable du crime dont il a été innocenté.

L'étude comparée des législations étrangères montre d'intéressantes différences entre le Droit pénal et la procédure criminelle de certains pays (Angleterre, Allemagne, Espagne, etc.) et la loi française, relativement à la valeur probante de l'aveu.

La question de la pénalité que peut encourir, du fait de sa fausse déclaration aux autorités, l'autoaccusateur, mérite d'être discutée.

La nécessité de l'expertise médico-légale, en présence d'un sujet qui se dénonce, ressort de la nature très souvent pathologique de l'autoaccusation, même lucide et véridique.

Le problème qui se pose à l'expert est celui du diagnostic de l'état mental de l'autoaccusateur, lequel se déduit, non pas des données de l'enquête administrative et judiciaire, mais de l'examen complet de l'autoaccusateur et de l'autoaccusation : celle-ci étudiée dans son contenu, son éclosion étiologique, son mécanisme pathogénique, son aspect clinique, son allure évolutive, ses concomitants psychiques et somatiques, etc. C'est à l'aide de tous ces éléments que l'expert déterminera le type pathologique de l'autoaccusateur. La réalité même des crimes révélés par l'autoaccusateur ne va pas contre la possibilité de la nature morbide de l'autoaccusation (Régis).

De l'étude critique et comparée des observations sur lesquelles repose ce Rapport, ressortent quelques conclusions statistiques intéressantes.

Les autoaccusateurs se recrutent, par ordre de fréquence, d'abord chez les alcooliques, ensuite chez les dégénérés ; bien au-dessous de ces deux catégories psychiatriques, figurent les états mélancoliques, l'hystérie et, enfin, les états démentiels. L'association de ces différents processus concourt souvent à l'étiologie de l'autoaccusation.

Environ les deux tiers des autoaccusations portent sur des crimes inexistants, dont une courte enquête préliminaire démontre la nature imaginaire. Le dernier tiers se partage entre des crimes réels, mais le plus souvent impossibles à imputer à leurs prétendus auteurs. Une dernière catégorie de faits, sur laquelle a insisté Régis, vise les crimes réellement commis et avoués par les coupables, sous des influences ou dans des dépositions d'ordre pathologique.

L'étude des faits d'autoaccusation démontre que ceux-ci ont pu et peuvent encore entraîner de regrettables conséquences pratiques et judiciaires (condamnations injustes, longues préventions pendant de laborieuses enquêtes, actions en justice inutiles, etc.). Dans des cas exceptionnels, une autoaccusation légitime, commise sous l'influence du remords (Obs. LV), peut provoquer, par la révision du procès, la réparation d'une erreur judiciaire.

Si rares que soient, en fait, ces fâcheuses exceptions, elles suffisent à justifier, aux yeux du médecin et du magistrat, l'étude clinique et médico-légale des autoaccusateurs.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE GÉNÉRALE DU Ier VOLUME

